

LÚCIA TEIXEIRA LOPES FERRAZ

**O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES
ENVELHESCENTES E IDOSAS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

LÚCIA TEIXEIRA LOPES FERRAZ

**O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES
ENVELHESCENTES E IDOSAS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

Ficha Catográfica

Ferraz, Lúcia Teixeira Lopes

O Câncer de Mama em Mulheres Envelhescentes e Idosas/ Lúcia
Teixeira Lopes Ferraz – São Paulo: L. T. L. Ferraz, 2006.

98 p.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo – Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia.

I. Corpo. II. Mulher. III. Envelhecimento e Velhice. IV. Câncer de
Mama. V. Detecção e Precoce. VI. Serviços Públicos de Saúde.

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2006

Dedico esse trabalho

Ao meu marido **Júlio**, aos meus filhos, **Pedro e Júlia**.

Pela compreensão das horas de ausência e pelo apoio e incentivo.

À minha mãe e ao meu pai, **Maria e Geraldo**, pelo carinho e ensinamentos.

AGRADECIMENTO

À Profª. **Drª Vera Lúcia Valsecchi de Almeida**, por sua incansável contribuição, sempre presente e disponível nas orientações necessárias para que este trabalho fosse concluído.

Às **mulheres** entrevistadas, pelo fornecimento dos dados e pela disponibilidade, que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Envelhecer...

Manuel Bastos Tigre (1882 – 1957)

Entra pela velhice com cuidado,
Pé ante pé, sem provocar rumores
Que despertam lembranças do passado,
Sonhos de glórias, ilusões e amores.

Do que tiveres no pomar plantado
Apanhas os frutos e recolhes as flores;
Mas lavra ainda e planta o teu eirado,
Que outros virão colher quando te fores.

Não te seja a velhice enfermidade!
Alimenta no espírito a saúde,
Luta contra as tibiezas da vontade.

Que a neve caia! O teu ardor não mude!
Mantém-te jovem, pouca importa a idade!
Tem cada idade a sua juventude...

RESUMO

A investigação das representações do corpo em mulheres envelhescentes e idosas, através dos procedimentos adotados para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, é o objetivo central dessa dissertação. O mundo está passando por uma dupla transição - demográfica e epidemiológica. Demograficamente, o envelhecimento populacional resulta do aumento da esperança de vida ao nascer; apesar de observado em ambos os sexos, este aumento é mais acentuada nas mulheres ("feminização" da velhice). Epidemiologicamente, a transição demográfica levou à alteração do perfil de morbimortalidade da população, diminuindo a prevalência das doenças infecto-contagiosas, que afetam principalmente os jovens, e aumentando a prevalência das doenças crônicas, típicas de pessoas mais idosas. No Brasil, o câncer situa-se entre as doenças crônicas que mais acometem a população encontra-se; nas mulheres o de mama constitui uma das principais causas de morte. As ações de saúde pública para o diagnóstico do câncer de mama são direcionadas para sua detecção precoce; esta ocorre, principalmente, através do rastreamento de mulheres pelo exame clínico da mama, pela mamografia e pela ultrassonografia da mama. No entanto, os diagnósticos são feitos tardiamente, levando muitas vezes ao óbito. Em termos metodológicos, optou-se pela abordagem qualitativa; os sujeitos foram mulheres envelhescentes ou idosas que freqüentavam a Unidade Básica de Saúde do Jardim Colorado, em Suzano, São Paulo. O procedimento adotado para a coleta de dados foi a entrevista individual em profundidade. Com ela procuramos conhecer as representações de corpo a partir da investigação dos procedimentos adotados para a prevenção do câncer de mama. Na análise das entrevistas compreendemos que não basta a transmissão de informações sobre a prevenção para que sua prática seja efetiva, ou seja, que é necessário que as campanhas sejam acompanhadas de mecanismos que garantam a freqüência das mulheres aos serviços de saúde e a incorporação dos conhecimentos sobre corpo, saúde, envelhecimento. Concluimos que no caso específico da detecção precoce do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas deve-se iniciar a formação de um conhecimento específico que objetiva a criação de um vínculo com os serviços de saúde, através do diálogo e da reflexão, desde a adolescência, para que seja disseminado em todas as etapas seguintes da vida da mulher. Para isto, as políticas públicas devem prever e contemplar essas ações de saúde.

Palavras-chaves: corpo, mulher, envelhecimento e velhice, câncer de mama, detecção e precoce; serviços públicos de saúde.

ABSTRACT

The early detection and prevention of breast cancer in middle age and elderly age women, through the analysis of their bodily symptoms, is the main purpose of this article. The world is undergoing a transformation both in its demography and in its epidemiology. Demographically, the aging of our population is a direct consequence of the increase of the life expectancy. Thought observed in both sexes, this increase is greater for women. Epidemiologically, these changes in demographics have caused a change in the cause of death profile of the population. One of the representations of these changes is the fall in the death-rate of infect-contagious diseases, characteristic of younger populations, and a rise in the death-rate of chronicle diseases, which are characteristic of populations with a predominance of older people. In Brazil, cancer is one of the main causes of death among the elderly, being breast cancer one of the main female causes of death. The public health policy is geared mainly towards the early detection of this disease, being the clinical mammography and ultra-sound exams the main methods used. However, these diseases are usually diagnosed too late, frequently leading to deaths. For the purposes of this research, a qualitative approach was adopted. The chosen subjects were middle age and elderly women who were frequent patients at Jardim Colorado's basic health unit, in Suzano, São Paulo. The chosen procedure was an interview with each subject in separate. The main focus of the interview was to get to know which signs these women looked for in their bodies and which procedures they adopted to diagnosis breast cancer on themselves. Through this series of interviews, it was discovered that the mere transmission of information regarding the prevention of breast cancer is not enough to ensure that the recommended procedures are followed. This implies that health campaigns by themselves are not as effective if not accompanied by procedures that ensure both that these women incorporate and use the knowledge acquired as well as that they routinely visit health units in order to undergo the necessary exams. It was thus concluded that, in the specific subject of early cancer detection in middle age and elderly women, it's mandatory that public policies focus in creating in younger women a culture in which it's common for people to frequently visit public health systems to be examined.

Key-words: body; woman; aging; old age; breast cancer; detection and early detection; public health services.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	02
CAPÍTULO I. O Corpo: Múltiplos Olhares	10
1. Do Corpo.....	10
2. Do Corpo Feminino	15
3. Do Corpo Idoso	18
CAPÍTULO II. Envelhecimento, Envelhescência e Velhice	22
1. “Envelhescente” e “Velho”	22
CAPÍTULO III. Sociedade Moderna e Envelhecimento Populacional	26
1. Aspectos Demográficos	26
2. Envelhecimento Feminino	31
3. A Transição Epidemiológica	34
CAPÍTULO IV. Os Cânceres e o Câncer de Mama: Incursões Epidemiológicas e Políticas de Saúde	40
1. Dos Cânceres	40
2. Do Câncer de Mama	44
CAPÍTULO V. Cuidados de Saúde	47
1. Câncer de Mama: Histórico das Medidas Públicas de Controle	47
2. Câncer de Mama: Prevenção e Diagnóstico	51
3. Câncer de Mama: Tratamento	58
4. Assistência à Saúde da Mulher Envelhescente e Idosa	60
CAPÍTULO VI. Da Metodologia e da Pesquisa de Campo	65
1. Metodologia	65
2. A Pesquisa de Campo	68
2.1. O Perfil das Mulheres Entrevistadas	69
2.2. As Representações de Corpo e Saúde nas Mulheres Envelhescentes e Idosas	72
CONCLUSÕES	82
BIBLIOGRAFIA	88
1. Bibliografia Utilizada	88
2. Bibliografia Consultada	93
ANEXOS	96
1. Roteiro Norteador de Entrevista	96
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97

Lista de Gráficos e Tabela

Gráfico 1.	Distribuição da população segundo grupos de idade – 2003....	29
Gráfico 2.	Distribuição das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade e sexo – 2003	30
Gráfico 3.	Esperança média de vida ao nascer em anos, segundo o sexo – 2003	32
Gráfico 4.	Esperança média de vida aos 60 anos, segundo o sexo em anos.....	33
Gráfico 5.	Distribuição da mortalidade da população de 60 anos e mais, segundo principais causas. Estado de São Paulo – 1998.....	38
Gráfico 6.	Distribuição dos óbitos de mulheres com 50 anos ou mais de idade, por principais agrupamentos de causas de morte no Estado de São Paulo. Triênio 1999-2001.....	44
Gráfico 7.	Previsão do número de casos novos de câncer e de câncer de mama em 2005.....	45
Gráfico 8.	Estimativa para o ano de 2006 da taxa de incidência do câncer de mama por 100.000 mulheres, segundo a Região Geográfica (Brasil).....	49
Gráfico 9.	Região Sudeste: taxas brutas de incidência do câncer de mama por 100.000 mulheres, estimadas para o ano de 2006, por Estados da Região Sudeste. Brasil.....	49
Gráfico 10.	Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência do câncer de mama (localização primária) por 100.000 mulheres. São Paulo: Estado e Município.....	50
Tabela 1.	Relações entre o benefício e o custo direto das ações de controle do câncer de mama	59

Introdução

O tema dessa dissertação guarda relação direta com minha atividade profissional, como enfermeira. Nela, as relações entre a mulher e o corpo sempre atraíram minha atenção; relação expressa através de práticas relacionadas aos cuidados com a saúde e, especialmente, com a prevenção e a detecção precoce do Câncer de Mama. Enfim, ao que pode ser incluído no que o sociólogo Mauss (1974) denomina de “práticas corporais”.

São práticas que, de há muito estabelecidas (o que não significa que são imutáveis), ganham contornos peculiares no processo de envelhecimento e na velhice.

No exercício de minha profissão defrontei-me, não poucas vezes, com situações que, quando pensadas a partir das informações atualmente disponíveis e insistentemente divulgadas pelos mais diversos veículos de comunicação, soavam como estranhas e paradoxais. Vi-me, muitas vezes, diante de casos que, extrapolando os limites biológicos e fisiológicos do corpo, revelavam a presença de determinantes mais amplos e exteriores ao corpo “matéria”; de situações que testemunham o que de há muito vem sendo mostrado pela antropologia. Como afirma Almeida (2002, s/p.), *“coube a esta ciência a tarefa de explicitar a interlocução entre o corpo ‘natural’ (fato da natureza) e o ‘corpo social’ e ‘simbólico’, suporte de mensagens”*.

Dentre estas situações, uma chamou bastante minha atenção.

Há alguns anos atrás, fui chamada por uma amiga para realizar um curativo em sua tia. Essa amiga me contou que há algum tempo sua tia queixava-se de cansaço, fraqueza e que, depois de muito insistir, conseguiu levá-la ao médico. Na

consulta, todos se surpreenderam ao ver que existia uma enorme lesão em uma de suas mamas. O diagnóstico não foi outro: câncer de mama.

Várias coisas chamaram minha atenção quando fui fazer o curativo. A casa era escura, com janelas fechadas e alguns objetos de decoração antigos. Estavam presentes eu, minha amiga, sua tia e seu tio. Eram de origem japonesa, quase não falavam. Ao “descobrir” a mama para fazer o curativo sofri um grande impacto: não havia mama, mas uma lesão imensa que sangrava muito.

Observando melhor esta mulher, percebi que estava fragilizada e abatida; seu corpo já apresentava sinais da doença. Perguntei o porquê de não ter procurado atendimento médico no início do problema e não obtive qualquer resposta. Ao sair, minha amiga me disse que sua tia não queria contar o problema a ninguém, nem para o marido, com quem mantinha uma vida sexual ativa.

No segundo atendimento, pedi permissão para fotografar esta mama. A foto foi posteriormente arquivada em seu prontuário médico, no Hospital do Câncer de São Paulo.

Quando comecei a trabalhar no setor de ginecologia presenciei outros três casos semelhantes, em apenas dois meses. Mulheres idosas, com diagnóstico de câncer de mama e que não procuraram ajuda médica, deixando a doença tomar conta de seus corpos.

Apesar de pouco comum, os casos acima expostos tanto evidenciam a distância que separa, muitas vezes, informação e ação, como ajuda a entender a elevada incidência de câncer de mama, especialmente em mulheres envelhecidas e idosas.

Quanto à informação, não podemos desconsiderar as campanhas veiculadas, particularmente pela televisão (canais abertos), as chamadas para o uso - tanto em mulheres, como em homens - de laços de fita cor-de-rosa alertando para o problema e as camisetas com o emblema adotado como símbolo da detecção precoce do câncer de mama. Usadas por atrizes amplamente

reconhecidas (“notáveis” do cinema, teatro e televisão), e mesmo por homens, a exemplo de Zulu, são objeto de um mercado bastante segmentado sendo usadas por mulheres de diferentes condições sociais.



(Daniela Winnits)



(Zulu)

Cabe ressaltar que são poucas as vezes em que mulheres envelhescentes ou idosas, a exemplo da apresentada a seguir, aparecem nas campanhas de prevenção do câncer de mama.



Por outro lado, dados epidemiológicos revelam que são registrados, a cada ano, 48.930 novos casos de câncer de mama (Estimativa 2006: INCA, 2005). A estes dados somam-se 9.335 casos (Incidência de mortalidade no ano de 2003: INCA, 2005) que, por erro de diagnóstico¹, por detecção tardia ou por comprometimentos paralelos, resultaram em óbitos.

Se esse número decorre, em parte, de uma maior sensibilização das mulheres para esse tipo de câncer e, conseqüentemente, à prática do auto-exame das mamas, à maior procura de serviços de saúde (públicos ou privados) e à realização de exames de rotina (a exemplo da mamografia), ele também revela as muitas mulheres que se mantêm à margem destes recursos e práticas. Mulheres que, pelas mais diversas razões, não têm por hábito o auto-exame, a consulta ao ginecologista, a busca de orientação junto a postos de saúde, dentre outros; mulheres – em especial as envelhescentes e idosas – que se defrontaram com a doença já instalada e desenvolvida, “apesar de ...”.

¹ Segundo matéria publicada em 16 de janeiro de 2006, no jornal *Folha de São Paulo*, sob o título “Erro na mamografia põe resultado de exames em xeque”, “uma série de falhas nas mamografias feitas nas redes pública e privada do país coloca em xeque os resultados dos exames. Problemas que vão de sujeiras e impressões digitais nos filmes a revelações malfeitas podem esconder o tumor ou indicar um nódulo inexistente, prejudicando o diagnóstico precoce do câncer que mais mata a mulher brasileira”. (Caderno Cotidiano)

Há que se considerar, também, que o aumento da expectativa de vida ao nascer e a longevidade (número de anos vividos na condição de “idoso”) respondem, em parte, pelos novos e numerosos casos registrados a cada ano. Além de outras patologias típicas de idades avançadas, cabe lembrar que a maior incidência de câncer de mama é observada em mulheres com idade superior a 50 anos, sendo raros em mulheres com menos de 25 anos de idade (SITTA & JACOB; 2002)².

A exemplo de outras doenças, a hereditariedade responde por parcela significativa dos casos de câncer de mama. Entretanto, não se trata de uma relação determinante (causa = efeito); outros fatores são igualmente importantes, como os ambientais e os relacionados ao estilo de vida, sem contar os existenciais e/ou emocionais, de difícil avaliação objetiva.

No entrelaçamento desses fatores o que se coloca é a questão da relação “mulher X corpo”; relação alçada, nesta dissertação, à condição de contexto mais geral no qual se insere o tema, os objetivos e a pesquisa de campo realizada.

A exploração da relação “mulher X corpo” mostrou, desde logo, a importância de ampliar o contexto analítico, contemplando aspectos que, apesar de mais pontuais, contribuíram para a melhor delimitação do tema investigado; aspectos ligados às transições demográfica e epidemiológica, ao processo de envelhecimento e à velhice, à tríade “mulher/ saúde/ doença”.

Partimos da seguinte indagação: na relação entre mulheres envelhescentes/ idosas e o corpo, qual o lugar ocupado pela prevenção/detecção precoce do câncer de mama?

² Apesar disto, em 05 de agosto de 2006, o Jornal Folha de São Paulo (Caderno Cotidiano) divulgou a seguinte matéria: “**Câncer da mama quintuplica entre jovens**”. Nela se lê que “A incidência do câncer de mama em mulheres abaixo de 35 anos quintuplicou no período de cinco anos, revela pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo. A maior prevalência da doença, principal causa de morte entre as brasileiras, ocorre a partir dos 50 anos. Em 1999, o hospital registrou 17 casos novos de câncer mamário em mulheres abaixo de 35 anos. Em 2004, foram 84. Esse último número representa 16,8% do total de casos novos de tumor mamário que a instituição atende por ano -em média, 500. O esperado seria de 5% a 7%, conforme a literatura internacional”.

Como indagação, encontra-se diretamente relacionada ao tema investigado e que se serviu de título da dissertação: “O Câncer de Mama em Mulheres Envelhescentes e Idosas”.

A dissertação foi elaborada de modo a promover a progressiva aproximação à pesquisa de campo. Nela, partimos de uma questão que, para os efeitos da investigação, foi denominada de questão detonadora, qual seja: apesar de todas as campanhas centradas no diagnóstico precoce do câncer de mama, amplamente divulgadas pelos mais diversos meios, o que leva muitas mulheres a “ignorar” o assunto e a não realizarem os exames de rotina?

Para o desenvolvimento da dissertação e para a pesquisa realizada foram definidos os seguintes objetivos:

Geral: a partir do levantamento das representações do corpo em mulheres envelhescentes e idosas, investigar os procedimentos adotados para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

Específicos:

- Levantar indicadores epidemiológicos do câncer de mama em mulheres brasileiras;
- Coletar dados sobre o conhecimento prévio dos procedimentos de prevenção do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas;
- Investigar a adoção de procedimentos de detecção precoce do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas;
- Identificar as representações de corpo em mulheres envelhescentes e idosas;
- Investigar as relações entre velhice, mulher, saúde e doença.

Além dessa “Introdução”, essa dissertação foi redigida da seguinte forma:

Capítulo I – “O Corpo: múltiplos olhares”. Neste capítulo apresento, a partir do diálogo com alguns autores que se dedicaram à questão do corpo, uma matriz conceitual pautada pelo princípio do “corpo totalidade”; uma matriz que visa contribuir para a desconstrução do paradigma – tão solidamente estabelecido – que confina o corpo aos determinantes genéticos e aos mecanismos biológicos e fisiológicos. Com isso, o que tende a ser apreendido dentro das fronteiras destes mecanismos ressurgiu como um fato ao mesmo tempo natural e cultural, físico e simbólico, biológico e social, universal e singular, existencial e emocional. Enfim, um corpo recomposto e não fragmentado.

Capítulo II – “Envelhecimento, Envelhescência e Velhice”. A partir da consideração de alguns dos fundamentos da Sociedade Moderna desenvolvo, neste capítulo, algumas reflexões sobre as concepções de envelhecimento, envelhescência e velhice propriamente dita.

Capítulo III – “Sociedade Moderna e Envelhecimento Populacional”. Neste capítulo exploro, a partir de dados disponibilizados por institutos de pesquisa, centros de investigação e da obra de pesquisadores nas áreas da demografia e da saúde, o que tem sido batizado, atualmente, de a “dupla transição”: demográfica e epidemiológica.

Capítulo IV – “Os Cânceres e O Câncer de Mama: incursões epidemiológicas e políticas de saúde”. Reservei este capítulo à discussão da epidemiologia do câncer, em especial o de mama entre mulheres envelhescentes e idosas. Com isto, enquanto os dados epidemiológicos do capítulo III são mais gerais, aqui eles são mais pontuais, concentrando-se nas pessoas com idade igual ou superior a 50 anos.

Capítulo IV – “Cuidados de Saúde”. Neste capítulo apresento o histórico das medidas públicas de controle do câncer de mama no Brasil. As ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e as políticas de saúde. Cabe esclarecer que as políticas de saúde foram discutidas a partir da Assistência à Saúde do Idoso.

Capítulo V – “A Pesquisa de Campo”. Nesse capítulo apresento a metodologia utilizada e os resultados da pesquisa com 05 mulheres que freqüentavam a Unidade Básica de Saúde Jardim Colorado, em Suzano, São Paulo. O procedimento adotado para a coleta de dados foi a entrevista individual em profundidade. O que define esta técnica de pesquisa é o caráter de uma conversa informal, norteadas por um roteiro-guia com tópicos diretamente relacionados aos objetivos da investigação. Nas entrevistas, os dados inicialmente levantados foram o perfil das entrevistadas.

A esses capítulos seguem-se as Conclusões, a Bibliografia Utilizada e Consultada e, como anexos, o Roteiro das Entrevistas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Capítulo I

O Corpo: Múltiplos Olhares

1. Do Corpo

Escrever sobre o corpo significa debruçar-se sobre um “objeto” que, porque claramente situado na fronteira entre a “natureza” e a “cultura”, envolve múltiplas leituras. Sobre ele recaem múltiplos e diversos “olhares”; olhares que passam pela biologia, pela fisiologia, pela psicanálise, pelas ciências sociais (especialmente a antropologia), pela história, pela filosofia, pela religião, entre outros. Disso resulta diferentes conceitos de “corpo”; conceitos que o apreendem ora como matéria, ora como “fato histórico”, ora como produto da sociedade e da cultura, ora como manifestação da vontade divina, ora como objeto de investimento de disposições subjetivas e emocionais, ora como corpo “sínico”, ou seja, suporte de mensagens, no registro semiológico. Disto resultam conceitos particularmente variados, diretamente relacionados às diferentes matrizes do conhecimento estabelecido.

Como afirma Delia Catulo Goldfarb,

Através da história da civilização, diferentes discursos científicos, poéticos ou religiosos tentaram dar conta da questão do corpo, do mistério de seu funcionamento, (para) tomá-lo como seu objeto. (1998:34)

Esses múltiplos e variados “discursos” sobre o corpo guardam estreita relação com a fragmentação do saber; fragmentação que, em nome do conhecimento, recorte e reduz para “explicar”. Como lembra Morin, na escola

Aprendemos muito bem a separar. Separamos o objeto de seu ambiente, isolamos um objeto em relação ao observador

que o observa. Nosso pensamento é disjuntivo e, além disso, redutor: buscamos eliminar o problema da complexidade³. (1996: 275)

Das muitas discussões sobre o corpo resultam conclusões cercadas de controvérsias, dependendo do ponto de vista conceitual adotado, pois é diferente falar de corpo sobre o prisma social e sobre o biológico.

Dessa herança fragmentadora temos, como resultado, um corpo que é um somatório – muitas vezes disforme – de partes, de pedaços; não um corpo “totalidade”, o mesmo que é vivido por cada sujeito particular.

Mesmo reconhecendo os limites dessa forma de conhecimento e mesmo almejando contribuir para a superação dos mesmos, não podemos minimizar os desafios existentes na tarefa de recompor o que de há muito foi decomposto: o corpo. No entanto, e considerando o fato de o corpo ser vivido e experimentado por cada pessoa como uma totalidade, reservamos este capítulo à tarefa de aproximar reflexões e saberes situados em áreas diversas do pensamento.

Com isso, nosso olhar recaiu sobre as dimensões biológica, social e cultural do corpo. Uma atenção especial foi dada à questão das representações que cercam este que é um “objeto” particularmente multifacetado: o corpo.

No discurso biológico / fisiológico, o corpo é estudado e compreendido a partir de sua estrutura anatômica e do seu funcionamento. O centro da discussão está nos órgãos e nas funções destes, muitas vezes analisadas de forma isolada, ou seja, os diversos sistemas corporais (respiratório, cardiovascular, geniturinário etc) são vistos separadamente ou a partir de relações discretas. Com isto, o que temos são corpos “pedaços” e não totalidades bio-psico-socioculturais.

³ Segundo Morin, “há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, de interações, de retroações” (1996: 274).

A máxima “recortar cada vez mais para analisar cada vez mais e melhor” impõe limites claros à tarefa de recompor o todo. Nosso legado científico tem caminhado no sentido inverso àquilo que deveria ser: um corpo integrado!

Focaliza-se principalmente o corpo físico / material. Prova disto são as frases pronunciadas por profissionais da área da saúde como, “o rim doente”, “o tuberculoso”, “a cardiopatia”.

Nessa perspectiva, é comum ignorar o sujeito que “habita” o corpo e que o vivencia como um “em si” e um “para si”.

Para Goldfarb, o olhar da ciência concebe o corpo humano como uma somatória de órgãos e funções e confronta o sujeito com um interior feito de pedaços sobre o qual ele nada sabe (1998; 34/35).

Outro aspecto a observar é que o corpo tende a ser apreendido a partir do binômio “saúde-doença”, com forte ênfase no segundo termo do binômio: a doença. O modelo orgânico da medicina desdobra-se, geralmente, em uma prática médica centrada na doença e não no homem doente, como dissemos antes.

Alimentada pelos avanços tecnológicos e científicos, a medicina hegemônica procura, muitas vezes, a cura das doenças, dissociando o homem e suas alterações orgânicas.

Assim, ressalta Sant’Anna

Os problemas éticos levantados hoje no interior da medicina são os lapsos de uma terapêutica centrada no corpo, na doença e não no homem. Se os meios técnicos da medicina moderna, especialmente os da reanimação, concedem o poder de retardar a morte ou o sofrimento, eles sujeitam o paciente a penosos aparelhos. Eles resultam, também, em impasses trágicos, em que a definição do homem se dissolve, tão longe foram levadas as apostas sobre o corpo e a luta contra a doença, ao termo de uma radical dissociação, na indiferença pelo homem. (1995: 59)

A ênfase no corpo não somente como um organismo acarreta importantes “lacunas” para sua inteligibilidade; isso porque o corpo deve ser também analisado como “propriedade” de seres concretos, cada um com sua singularidade e identidade pessoal. Olhar o sujeito somente pelo prisma biológico significa descartar sua história, suas crenças, seus valores, seu meio social etc.

A identidade de cada um, ou seja, as concepções e o modo de vida, pensamentos e atitudes, refletem no corpo físico. Dessa forma, pode-se dizer que o corpo é construído pelas pessoas ao longo de suas vidas.

O corpo físico dialoga e interage constantemente com a representação do “eu”, expressando assim a identidade do indivíduo.

Segundo Py e Trein,

O corpo físico expõe a objetividade da sua aparência material, uma organização exclusiva que constitui a individualidade de cada ser. Essa matéria aparente, porém, não nos dá acesso à substância natural desse corpo. O real dele nos escapa. O que temos, para além do que nos é aparente no corpo físico, é fruto do desejo, uma construção imaginária desse corpo, necessária às identificações que se processam ao longo do tempo. (2002: 1017)

Para Sant’Anna,

O corpo é o vetor da individualização, ele estabelece a fronteira da identidade pessoal; confundir essa ordem simbólica que fixa a posição precisa de cada indivíduo no tecido social significa apagar os limites identificadores do fora e do dentro, do eu e do outro. (1995: 64)

No entanto, além da importância da identidade pessoal na construção e diferenciação dos corpos, há que se lembrar que estes estão inseridos em uma sociedade, sendo influenciados por ela e por sua cultura.

Segundo Rodrigues,

Se considerarmos todas as modelações que sofre, constataremos que o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições: formas nas quais a sociedade projeta a fisionomia do seu próprio espírito. (1979: 62)

Pode-se afirmar, portanto, que os fatores sociais e culturais encontram-se fortemente presentes no “corpo” e nos significados a ele relacionados, quer em termos concretos, quer em termos de sua tradução conceitual. Assim,

Sem ignorar os determinantes biológicos do corpo, e sem desprezar as mudanças por ele experimentadas no curso da vida, a antropologia vem demonstrando, desde suas origens e através de farta documentação, que o corpo, é antes de tudo, um fato social e cultural. (Almeida, V.L.V.; 2002; s/p.)

No discurso sociocultural, as representações sobre o corpo, além de históricas, são construídas a partir de como a realidade é vivida e das heranças culturais.

Observar o corpo em cada etapa da vida, em culturas diferentes e em indivíduos socialmente diferentes, representa a possibilidade do encontro de uma gama de significados importantes.

Assim, a articulação entre fontes biológicas, aparelho psíquico, sociedade e cultura não se esgota no que é, nos corpos, mais externo, visível e aparente; ela invade a interioridade dos mesmos, manifestando-se nas preferências alimentares, na sexualidade, nas emoções e nos órgãos dos sentidos. (Almeida, V.L.V.; 2002; s/p.)

Do que foi afirmado resta a certeza de que o entendimento do corpo e das representações que o cercam passa pelo crivo das múltiplas influências que resultam em aparências diversas, sejam elas físicas, estéticas, dos cuidados com a saúde ou mesmo de alterações orgânicas e de doenças. Para além disto, a certeza de que *“ao corpo se aplicam, portanto, crenças e sentimentos que estão na base da nossa vida social e que, ao mesmo tempo, não estão subordinados diretamente ao corpo”* (Rodrigues; 1979: 46).

2. Do Corpo Feminino

A existência de uma multiplicidade de concepções e representações de “corpo” (biológicas, sociais, culturais etc) explicita-se ainda mais quando a discussão recai sobre o corpo-gênero e, especialmente, sobre o corpo feminino.

A modelagem dos corpos difere segundo o gênero, pois a sociedade determina atitudes, posturas e comportamentos diferentes para homens e mulheres ao longo da história.

De acordo com Rodrigues,

Sabe-se que cada sociedade elege um certo número de atributos que configuram o que o homem deve ser, tanto do ponto de vista intelectual ou moral, quanto do ponto de vista físico; que esta constelação de atributos é, em certa medida, a mesma, para todos os membros de uma sociedade, embora tenda a se distinguir em nuances segundo os diferentes grupos, classes ou categorias que toda sociedade abriga. (1979: 44)

Homens e mulheres de diferentes classes sociais, condições econômicas, culturas, raças e religiões, relacionam-se com o corpo de maneira diferenciada. No entanto, cada sociedade tende a padronizar, a estabelecer modelos de ser “homem” e ser “mulher”; modelos que ditam formas e comportamentos em relação aos corpos masculinos e femininos.

Entre nós, a “masculinidade” abriga aspectos não só físicos (força e sexualidade), como econômicos (provedor), afetivos e relacionais.

Por outro lado, a figura da mulher está mais associada à fragilidade, à procriação e ao lar. Mesmo inserida no mercado de trabalho, ela é a cuidadora da família. A ela se associa, igualmente, certos ideais de saúde e de beleza.

Segundo Rodrigues (1979: 45 - 46),

Vemos no nosso próprio dia-a-dia, o corpo se tornando cada vez mais carregado de conotações: liberado física e sexualmente na publicidade, na moda, nos filmes e romances; cultivado higiênica, dietética e terapêuticamente; objeto de obsessão de juventude, elegância e cuidados.

Cumpra sublinhar aqui a associação, tão enfaticamente trabalhada na atualidade e no contexto das sociedades ocidentais, entre a mulher, o corpo, os cuidados corporais e a beleza.

Ao longo da história, a beleza feminina ganhou formas diversas. Em épocas passadas, o ideal de beleza era o de mulheres mais gordas; hoje, ao contrário observamos o culto à magreza e à juventude amplamente difundido.

A esse título, lembra Sant'Anna que

A beleza e a graça são, sem dúvida, valores historicamente associados mais às mulheres do que aos homens. [...] O conteúdo que constitui esses valores varia ao longo do tempo, modificando a relação entre a feminilidade e a cultura, entre o corpo e os cuidados destinados a embelezá-lo. Nesse processo, transformam-se os estratos de tolerância assim como os níveis de sensibilidade. O que era desejável e mesmo belo no passado torna-se arriscado e artificial em épocas mais recentes, ou vice-versa. (1995: 16)

Falar de corpo feminino não é algo confinado apenas ao corpo físico. Além do que já foi argumentado anteriormente sobre o corpo totalidade, envolve a relação da mulher com o corpo, aspecto central nesta dissertação sobre o câncer de mama em mulheres envelhecidas e idosas. Isto porque apesar de os "padrões de corpo" serem socialmente estabelecidos, a vivência dos corpos é idiossincrática e pessoal.

Para as mulheres, o corpo pode assumir diversos significados: beleza e estética, maternidade, prazer, pecado, trabalho, saúde, entre outros. Esses significados podem apresentar-se isolados ou em conjunto. Assim, um só corpo pode assumir diversos significados, durante a vida.

De acordo com Rodrigues,

No corpo, a ordem fisiológica material se une à ordem ideológica moral, como signos nos quais se encontram e se reúnem o sensível e o inteligível, o significante e o significado. O corpo significa ao mesmo tempo a Vida e a Morte, o Normal e o Patológico, o Sagrado e o Profano, o Puro e o Impuro. (1979: 130)

Para a mulher, o corpo assume significados que se desdobram em atitudes e comportamentos específicos. Daí o fato de o corpo ser objeto dos mais variados “investimentos” estéticos, certamente dependentes da condição sociocultural, dos cuidados e adaptações relacionados à gravidez, ao parto e à amamentação, das dietas, da atividade física, dos hábitos de higiene etc; enfim, ao corpo saúde.

Da não observância de alguns dos cuidados em relação ao corpo podem resultar comprometimentos importantes diversamente situados. No que se refere à saúde, o descaso em relação aos cuidados com o corpo pode gerar alterações e doenças físicas e/ou emocionais.

Estar atento a esta relação é fundamental para que a mulher mantenha sua saúde sob controle e em equilíbrio.

3. Do Corpo Idoso

Apesar de o envelhecimento ser um processo que envolve diversas transformações do corpo, aqui compreendido como totalidade bio-psico-sociocultural, é na aparência física, ou seja, na sua materialidade mais exterior, que ele se impõe tanto para o próprio indivíduo, como para o outro. Cabe lembrar que é comum que a velhice seja percebida pelo sujeito através do olhar do outro. Por outro lado, entre nós é apreendida através de seus sinais mais aparentes, a velhice é sinônimo de decrepitude, de feiúra, de desgaste etc. Falar em velhice, em diversos planos; significa falar em perdas. Perdas afetivas, perdas sociais, perdas econômicas e perdas corporais. No imaginário da sociedade moderna o envelhecimento e a velhice constituem um “não-lugar”; incluem-se na categoria do “impensado”.

Recorrendo à literatura, Beauvoir recolhe inúmeras frases de pensadores sobre a velhice; reproduzimos, a seguir, duas delas:

- “Ah! Ora essa, é preciso que eu não me encontre num espelho: esses olhos empapuçados, essas faces encovadas, esse olhar apagado. Estou de meter medo e isto dá uma depressão atroz”. (André Guide. Apud Beauvoir, S; 1990: 366)
- “... nunca me olho no espelho, a não ser para me barbear”. (Paul Valéry. Apud Beauvoir, S; 1990: 367).

Gradualmente, a pele perde a elasticidade, as rugas aparecem, os cabelos ficam brancos, a massa muscular diminui. A velhice surge.

Ao longo da vida, o homem vai experimentado, cada vez mais, a realidade de um corpo que envelhece. No entanto, as mudanças corporais associadas à velhice são experimentadas diferentemente por cada indivíduo; são mudanças que assumem significados diferentes para cada indivíduo.

Segundo Goldfarb (1998: 13), “*corpo e tempo se entrecruzam no devir do envelhecimento, e das formas desse entrecruzamento nasceram as múltiplas velhices*”.

A ação do tempo sobre os corpos é evidente, ainda que variável. Dia-a-dia, do nascimento até a morte o corpo passa por transformações. Primeiro vem o crescimento, o desenvolvimento da infância e da adolescência; depois a maturidade da fase adulta e, por fim, o corpo começa a mostrar os sinais do envelhecimento e da própria velhice.

É na envelhescência que a velhice começa a manifestar-se no corpo..
Segundo Py e Trein,

O envelhecimento humano é um processo de transformação que se desdobra, pela ação do tempo, no percurso da existência, com as variações peculiares à individualidade de cada ser. [...] O corpo, enquanto um sistema vivo, faz a percepção da passagem do tempo, na organicidade dos seus ritmos biológicos. (2002: 1015/1017)

No processo de envelhecimento as transformações, além de sociais, culturais, existenciais e corporais, enquanto exterioridade, são também funcionais. O corpo que envelhece apresenta um desgaste físico que pode levar à perda ou à diminuição da independência.

Para Goldfarb,

Na velhice mais avançada, o mais preocupante não é a proximidade da morte nem o aspecto estético da deterioração física, mas a decadência orgânica, a falta de força, a perda de memória, a doença que desemboca na dependência. (1998: 57)

Entretanto, apesar de todos os comprometimentos físicos associados à velhice, muitos velhos procuram adaptar-se e viver bem esta etapa da vida.

De acordo com Smeltzer & Bare,

Psicologicamente, o envelhecimento bem-sucedido reflete-se na capacidade da pessoa idosa em adaptar-se às perdas físicas, sociais e emocionais e de conseguir contentamento, serenidade e satisfações na vida. (2002: 142)

Como afirma Paschoal,

O avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias. Anos marcados por doenças, com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso

de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser muito boa. (2002:79)

Para que a qualidade de vida na velhice seja aceitável, é necessário que se tenha atitudes e comportamentos afinados à boa saúde física, mental e social.

Em relação ao corpo, os cuidados com a saúde são um aspecto fundamental para a melhoria da qualidade de vida do idoso; estes cuidados envolvem a assistência médica, a orientação nutricional, a prática regular de atividade física, entre outros.

Se a saúde é um direito humano fundamental que independe da idade e do número de pessoas, o expressivo aumento da população idosa, entre nós, impõe uma atenção especial à saúde dos que têm idade igual ou superior a 60 anos. Cumpre, portanto, conhecer quais e como são os cuidados deste segmento populacional em relação à saúde e ao corpo.

CAPÍTULO II

Envelhecimento, Envelhescência e Velhice.

1. “Envelhescente” e “Velho”

Discorrer sobre as características específicas dos idosos significa ponderar, desde logo, as variações internas do próprio segmento idoso.

Não podemos afirmar que todos os “velhos” são igualmente “velhos”. Trata-se de um segmento composto pelos que estão envelhecendo, pelos que já adentraram no “território” da velhice e pelos que são “muito velhos”.

O que temos, na realidade, são etapas de um processo que tem início muito antes do marco que define oficialmente a velhice, para os países em desenvolvimento, 60 anos (segundo determinação da Organização Mundial de Saúde). Incluir indivíduos envelhescentes em estudos sobre a velhice é de fundamental importância, pois a velhice não está pautada somente pela quantidade de anos vividos, mas também por características físicas, emocionais, existenciais e sociais do ser humano.

Termos como “envelhescente” e “velho” remetem a diversos significados. Para alguns autores, o critério definidor é tão somente a idade biológica; para outros, não há marcos cronológicos e biológicos e fisiológicos claramente definidos. Ao discutirmos o envelhecimento nos deparamos com esses diferentes critérios.

Envelhecer é uma realidade presente desde o nascimento. Durante a vida, vamos envelhecendo e atingindo outras etapas. A primeira etapa da vida é o nascimento, depois vem a infância que termina na adolescência e essa desemboca na fase adulta; desta chega-se à velhice.

Por vezes, a transição destas etapas é marcada por indicadores biológicos. Assim, para a mulher a menarca (primeira menstruação) marca a entrada na adolescência.

O processo de envelhecimento pode ser dividido em duas etapas: a envelhescência e a velhice.

Segundo Netto,

Pode-se considerar o envelhecimento como a fase de um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos, que representam limites de transição entre as mesmas. O exemplo é a menarca como marcador do início da puberdade na mulher. (2002:10)

A transição da fase adulta para a velhice é denominada de envelhescência. Porém não há, nesta etapa, um “marcador” claramente definido. O processo de envelhecimento relaciona-se, também, a fatores sociais e econômicos, como por exemplo, a aposentadoria.

No entanto, é a idade cronológica que tem determinado, via de regra, a entrada do indivíduo na velhice, apesar de a envelhescência não ser um processo apenas biológico, mas também relacionado a fatores sociais e econômicos.

Ainda segundo Netto,

Ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início. De qualquer forma, a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixada, mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos. (2002: 10)

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),

Qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. (2005: 06),

Nesse contexto, a envelhescência é também chamada de “meia idade”. Trata-se de uma categoria que, socialmente construída, corresponde ao período entre os 45 e 59 anos; categoria possivelmente criada pela existência de uma significativa parcela da população mundial nesta faixa etária, em função do aumento da expectativa de vida (Bassit, 2002).

Segundo Bassit ,

Apesar do reconhecimento de que o envelhecimento é, simultaneamente, um processo biológico e social, a meia-idade foi delimitada a partir das mudanças no corpo físico, que estão associadas às idades cronológicas componentes desse período de vida. A ênfase nas mudanças do corpo físico permite que a idade cronológica seja reconhecida como o único critério de inclusão das pessoas neste período de vida. (2002: 966)

No Brasil, com a promulgação da Política Nacional do Idoso (1996), definiu-se como “idosa” a pessoa com 60 anos ou mais de idade. Esta definição encontra-se radicada na idade cronológica.

Mas demarcar a velhice apenas pela idade cronológica significa desconsiderar outros fatores nela presentes.

Segundo Ramos (2002: 72), *“para que um indivíduo envelheça, é mister que ele viva o suficiente para ser considerado velho”*.

Na velhice, evidencia-se muito o desgaste físico; desgaste freqüentemente acentuado pela presença de diversas patologias. São patologias que levam à diminuição da capacidade física e também à perda de papéis sociais, a exemplo do de trabalhador(a) e de marido (esposa), com a aposentadoria e a viuvez.

Segundo Netto,

Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associa-se perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. (2002: 10)

É de fundamental importância lembrar que muito do que acontece na velhice tem início antes, na vida adulta e na envelhescência. Portanto, falar de velhice é falar de envelhescência.

Capítulo III

Sociedade Moderna e Envelhecimento Populacional

1. Aspectos Demográficos

O envelhecimento populacional, como fenômeno que atinge as mais diversas nações do mundo, instiga a busca por seu entendimento. Para o homem, ser velho pode significar simplesmente acumular muitos anos de vida. Mas para uma população o envelhecimento resulta do aumento da esperança de vida⁴ e da diminuição das taxas de fecundidade⁵, expressa pela queda no número médio de filhos por mulher, ao final de sua idade reprodutiva. É na justaposição entre essas duas variáveis que se situa o envelhecimento populacional.

Como lembra Veras,

O envelhecimento é em grande parte um desafio do mundo atual que afeta tanto os países ricos quanto os pobres. O processo de envelhecimento da população mundial tem as suas origens enraizadas nas transformações econômicas-sociais vividas pelas nações desenvolvidas no século passado e que, no entanto, só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas na virada do século XX. (2002: 11)

Falar em envelhecimento populacional significa defrontar-se com a chamada “transição demográfica”; transição marcada pela passagem de uma população predominantemente jovem para uma na qual a participação dos indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos⁶ é expressiva.

¹ Segundo o IBGE, esperança de vida, é o número estimado de anos de vida para a população. Por exemplo, em 2003, a esperança de vida estimada ao nascer no Brasil, para ambos os sexos, era de 71,3 anos.

² A taxa de fecundidade total (número de filhos por mulher) no Estado de São Paulo era de 2,37 em 1990; de 2,26 em 1995 e de 1,95 em 2001 (Seade, 2005).

⁶ Lembramos que a OMS definiu, para os países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, a idade de 60 anos como marco da “entrada na velhice”

Mas não há como desprezar o fato de que, como lembra Vargas (1983: 34) o processo de envelhecimento tem uma dimensão existencial; dimensão que modifica a relação dos homens com o tempo e com o mundo, além de re-significar a construção da própria história.

O fato é que o envelhecimento, apesar de ser um fenômeno universal e comum a quase todos os seres vivos, teve o seu estudo negligenciado durante muito tempo; os mecanismos envolvidos na sua gênese ainda permanecem obscuros, existindo um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores (Birman, 1999).

Ao longo da história e em termos globais o que se observa é que as diferentes nações, sociedades e culturas experimentaram de modo diverso a chamada transição demográfica.

Na Europa, região que experimentou, há mais tempo, a transição demográfica, ou seja, a transição de uma população jovem para uma envelhecida, o declínio da fecundidade iniciou-se muito antes da utilização de qualquer método anticoncepcional. Fruto do desenvolvimento social gerado pela revolução industrial, houve uma queda gradual na mortalidade que, a longo prazo, levou a uma queda na fecundidade, e conseqüentemente, ao envelhecimento populacional (Ramos; 2002: 72).

No Brasil, diferentemente do que aconteceu na Europa, as mudanças demográficas não são fruto do desenvolvimento econômico e social, mas conseqüência de um processo maciço de urbanização, sem alterações marcantes na distribuição de renda e na estrutura de poder social. (Ramos; 2002: 72).

O fato é que existe um número expressivo de idosos no Brasil e estes compõem uma categoria que vem se destacando no contexto social. No entanto, o envelhecimento da população brasileira não pode ser apreendido apenas em termos numéricos, sendo de fundamental importância conhecermos as características específicas deste segmento para entendermos suas alterações

biológicas e sociais a fim de basear adequadamente as políticas públicas destinadas aos idosos no Brasil.

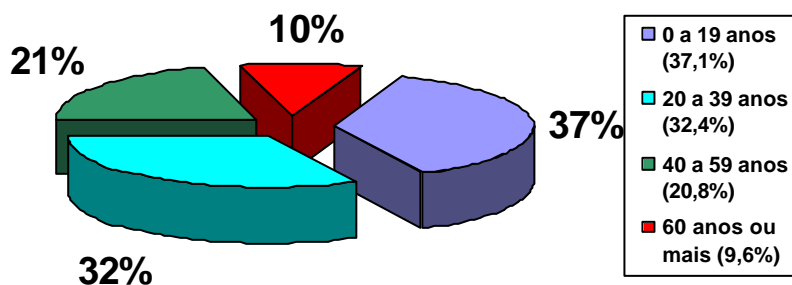
Como afirma Bosi,

Além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social. Tem um estatuto contingente, pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem. (1987: 35)

Dados estatísticos mostram que no Brasil, na década de 80, do século XX, a parcela das pessoas com 60 anos ou mais era de 6,3%; já em 2003, estas pessoas representavam 9,6% da população total.

Na análise da distribuição segundo o sexo, a idade e a renda, entre outros, os idosos apresentam características interessantes. Nos gráficos que se seguem temos a distribuição porcentual da população por grandes grupos de idade (gráfico 1) e segundo o sexo (gráfico 2).

Gráfico 01 - Brasil: Distribuição da população segundo grupos de idade - 2003.

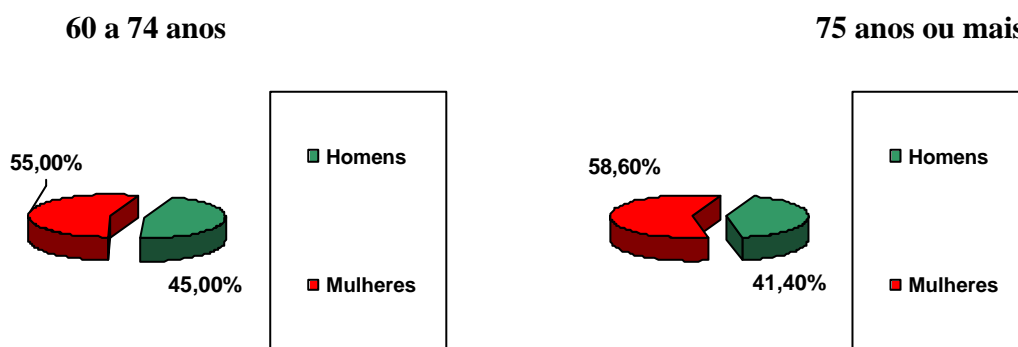


Fonte: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, 2004.

Segundo o IBGE,

A população idosa de 60 anos ou mais, conforme o Estatuto do Idoso, é constituída por um segmento heterogêneo. Seu intervalo etário possui uma amplitude que extrapola 40 anos, considerando os poucos milhares de pessoas com idade superior a 100 anos. Neste sentido, a Organização das Nações Unidas sugere que os idosos sejam separados em, ao menos, dois grupos etários. A idade divisória deve ser baseada na esperança de vida de cada país. No Brasil, a esperança de vida, em 2003, foi estimada em 71,3, portanto optou-se pelos grupos de 60 até 74 anos e 75 anos e mais, o que possibilita uma análise longitudinal (2004: 289/290)

Gráfico 02 - Brasil: Distribuição das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade e sexo- 2003.



Fonte: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, 2004.

O Brasil está ganhando cada vez mais cabelos brancos; além disto, a população idosa também está ficando cada vez mais velha (longevidade).

Como afirma Camarano, *“as proporções da população ‘idosa’, ou seja, a de 75 anos e mais no total da população brasileira também está aumentando, e em ritmo bastante acelerado”* (2002: 60).

Apreendida a partir do sexo o que observamos, na população idosa, é um predomínio de mulheres; predomínio presente tanto na parcela dos “idosos” (60 a 74 anos), quanto na dos “mais idosos” (75 anos ou mais). No entanto este predomínio é mais acentuado nos “mais idosos”, como pode ser visto no gráfico acima, onde as mulheres passam de uma porcentagem de 55,00 para 58,60 %.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde,

Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente. (2005: 10)

Além dos dados acima apresentados, é também fundamental conhecer quem são e como vivem os velhos no Brasil. Isto porque, como afirma Netto,

O aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem esse segmento etário... é relevante ter uma visão global do envelhecimento como processo e do idoso como ser humano. (2002: 4)

Apreender o envelhecimento pelo prisma bio-fisiológico significa desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que pesam sobre os idosos. É necessário buscar os

determinantes das condições de saúde e doença dos idosos e conhecer as múltiplas facetas da velhice e do processo de envelhecimento (Netto; 2002: 4).

2. Envelhecimento Feminino

O fato de os idosos constituírem uma categoria bastante heterogênea não impede a localização de algumas características mais recorrentes. Dentre estas, uma chama especialmente a atenção: o aumento da esperança de vida da população no mundo.

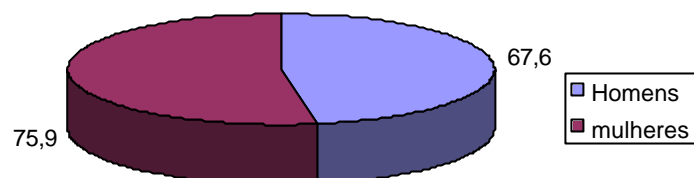
Porém, o aumento da esperança de vida difere bastante segundo o gênero, sendo maior entre as mulheres. A isto os demógrafos chamam “feminização” da velhice.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde,

As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. Por exemplo, na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada 1.000 mulheres com 60 anos ou mais. Em regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada 1.000 mulheres. As mulheres correspondem aproximadamente a dois-terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul. (2005: 30)

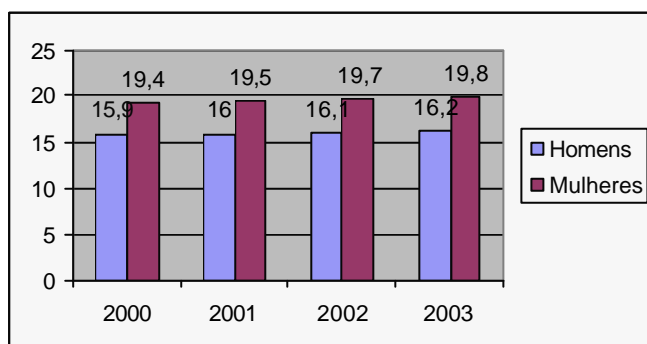
No Brasil, segundo o IBGE (2004), entre os anos de 1980 e 2003 a esperança de vida ao nascer elevou-se para ambos os sexos, passando de 62,6 anos (1980) para 71,3 anos (2003). Porém, como mostram os dois gráficos que se seguem (3 e 4), nota-se um aumento maior de mulheres em relação aos homens.

Gráfico 03 - Brasil: Esperança média de vida ao nascer em anos, segundo o sexo, 2003.



Fonte: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais. 2004

Gráfico 04 - Brasil: Esperança média de vida aos 60 anos, segundo o sexo, em anos.



Fonte: IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais. 2004

O maior número, absoluto e relativo, de idosas acarreta conseqüências importantes, especialmente em relação às condições de vida, explicitando-se nas

relações parentais, na situação financeira, nas condições de saúde física e mental, entre outras.

Segundo o IBGE (2004), as idosas “mais novas” (60 a 74 anos) são, em sua maioria, cônjuges (46%) ou pessoas de referência (42,9%). As idosas mais “velhas” (75 anos ou mais) passam à condição de “outros parentes” (29,9%) e, em maior proporção, à de “pessoas de referência” (50,9%), principalmente quando na condição de viúvas. Entre as mulheres, é maior a predominância de idosas em famílias monoparentais e em domicílios unipessoais.

Por outro lado, dada a maior duração de vida das mulheres em relação aos homens, elas estão expostas por períodos mais longos a doenças crônico-degenerativas, à viuvez e à solidão (Netto; 2002: 5).

Segundo Camarano,

A predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas diz respeito ao fato de que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais. (2002: 61)

Por suas características, por sua importância e pelo que significa em termos de ações públicas, especialmente na área da saúde, a feminização da velhice impõe algumas questões. Refiro-me aqui, particularmente, às ações de saúde destinadas à prevenção das doenças crônico-degenerativas, voltadas a este segmento populacional, já que o aumento dessas doenças é significativo, dada a transição epidemiológica que ocorreu no Brasil.

Por causa de sua posição de cidadãos de segunda-classe, a saúde das mulheres mais idosas é geralmente negligenciada ou ignorada. Além disto, muitas mulheres possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado. O cuidado familiar é freqüentemente suprido em detrimento da segurança econômica e da boa saúde na idade mais avançada. (OPAS; 2005: 39)

3. A Transição Epidemiológica

Aliada aos avanços técnicos e científicos, a transição demográfica traduziu-se em outra transição: a epidemiológica. Com ela, alterou-se o perfil de morbidade e de mortalidade dos brasileiros. Diminuiu a prevalência das doenças infecto-contagiosas, que afetam principalmente os jovens, e aumentou a prevalência das doenças crônicas, típicas de pessoas mais idosas.

Segundo Veras (2002,13), *“além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro da morbi-mortalidade”*.

Nesta transição epidemiológica, a diminuição do número de casos de doenças infecto-contagiosas decorreu da adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde, como a melhoria das condições ambientais (saneamento básico), de assistência à saúde, além do desenvolvimento de medicamentos e vacinas até então inexistentes, como contra a gripe e a meningite.

Em termos epidemiológicos, as medidas preventivas na área da saúde objetivam a solução de problemas através da prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce.

A prevenção ocorre em três níveis: primário, secundário e terciário (Forattini, 1996).

No **nível primário**, a prevenção se dá no período pré-patogênico, ou seja, antes da doença, e ocorre através de medidas inespecíficas, que independem da doença para promover a saúde e que atendem, de forma geral, as necessidades de melhoria na qualidade de vida da população, como infra-estrutura, moradia, educação e lazer, e através de medidas específicas para o controle de determinadas doenças, a exemplo, das vacinas.

Na prevenção primária, as medidas utilizadas relacionam-se às políticas públicas, de acordo com o nível de desenvolvimento social e econômico do país, e

também da conscientização da população em relação aos seus direitos básicos constitucionais.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde,

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo. (2005: 22),

Já a **prevenção secundária** acontece no período patogênico. Primeiramente, a atuação volta-se à detecção da doença antes de sua manifestação (aparecimento dos sinais e sintomas⁷). É feita através de exames inespecíficos, que não procuram identificar uma doença específica, como check-up, exames admissionais e demissionais (realizados na admissão do empregado para o trabalho e na sua demissão) ou pelo uso de técnicas de rastreamento, como a coleta do exame de citologia oncótica e o auto-exame das mamas. O objetivo da prevenção secundária é limitar a incapacidade e evitar a morte, através do diagnóstico precoce e do tratamento imediato.

A **prevenção terciária** também ocorre no período patogênico, mas sua atuação se volta para as seqüelas da doença, envolvendo a reabilitação e a reintegração do indivíduo na sociedade.

⁷ Sinal é toda manifestação de uma doença que o profissional de saúde pode evidenciar de forma objetiva e sintoma é toda manifestação espontânea de uma doença, seja ela percebida pelo próprio doente, como uma dor ou vertigem, ou constatada por um observador (Silva & Silva, 2002)

Mesmo com as medidas de prevenção e com a diminuição das doenças infecto-contagiosas, o envelhecimento é um processo natural e a velhice não pode ser considerada doença. No entanto, o que se observa é que a morbidade e a mortalidade são mais acentuadas na velhice.

O idoso é mais vulnerável a várias patologias, especialmente as relacionadas ao próprio processo de envelhecimento, como por exemplo, as doenças cardíacas.

Assim, a transição epidemiológica aponta para uma nova forma de “olhar” e “cuidar” da população idosa (Veras; 2002:13).

Embora a maioria dos idosos goze de boa saúde, a incapacidade física encontra-se associada, muitas vezes, ao envelhecimento. A doença crônica é uma das principais causas de incapacidade física. A cardiopatia, o câncer e o acidente vascular cerebral contribuem para um grande número de óbitos na população idosa (Smeltzer & Bare, 2002: 142).

Para Ramos,

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, como se pode observar neste início de século. Se, por um lado, o país ainda tem um longo caminho até que as doenças infecciosas estejam totalmente controladas, reduzindo a níveis aceitáveis a mortalidade infantil, por outro lado o desafio maior, no século XXI, será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível sócio econômico e educacional, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. (2002: 77)

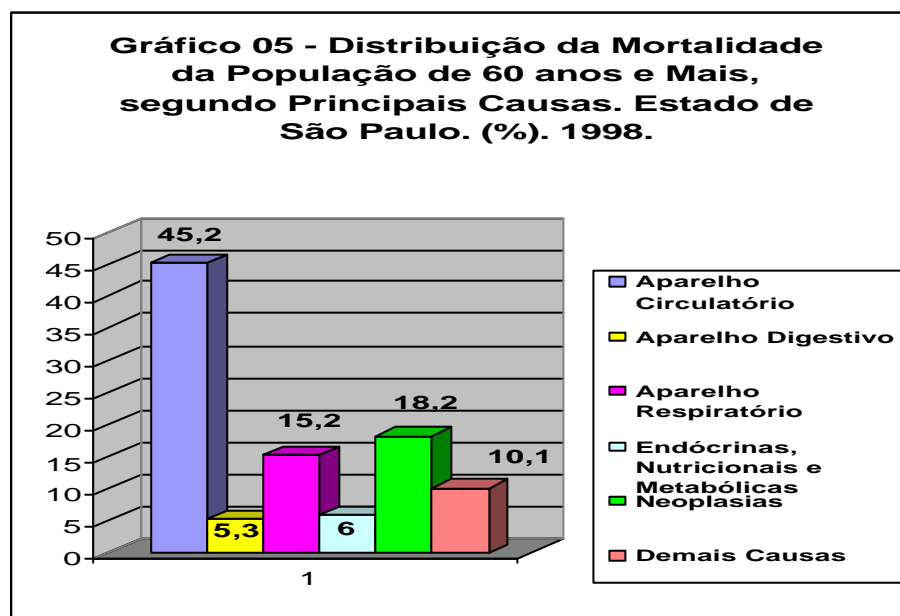
No Brasil, entre as doenças crônicas que mais acometem a população, encontra-se o câncer.

O aumento dos agentes cancerígenos, gerados pela industrialização, urbanização e, por outro lado, o aumento da expectativa de vida expõem a

população a esses agentes e levam ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas (Ministério da Saúde – Brasil, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde,

Excluindo-se as causas mal definidas, o câncer constitui a terceira causa de morte no Brasil, atrás somente das doenças do aparelho circulatório e das causas externas⁸, sendo assim a segunda causa de morte por doença. (Brasil, 2002)



Fonte: Fundação Seade – Estatísticas Vitais.

O gráfico acima exemplifica a distribuição das principais causas de mortalidade na população idosa no Estado de São Paulo, apresentando as neoplasias em segundo lugar.

⁸ Segundo o Ministério da Saúde, 2000 as causas externas podem ser classificadas como intencionais (suicídios e homicídios) e não intencionais (quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, entre outros).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2005: 06),

... políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, e para prevenir doenças crônicas que são caras para os indivíduos, para as famílias e para os sistemas de saúde.

Capítulo IV

Os Cânceres e o Câncer de Mama: Incursões Epidemiológicas e Políticas de Saúde

1. Dos Cânceres

Dentre estas patologias crônico-degenerativas que mais acometem a população idosa destacamos o câncer. O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular.

Embora o câncer afete todos os grupos etários, muitos de seus tipos acometem pessoas com mais de 65 anos de idade. No geral, a incidência de câncer é mais elevada em homens que em mulheres e mais alta nos setores e países industrializados (Smeltzer & Bare, 2002: 142).

O câncer pode localizar-se em diversos segmentos do corpo, como pele, intestinos, células sanguíneas, pulmão etc. Como cada tipo de câncer está relacionado a múltiplos fatores, pode acometer mais especificamente homens ou mulheres em idades diferentes.

Apresentamos a seguir a distribuição por gênero das dez principais localizações de câncer entre as mulheres.

As 10 Localizações Principais de Câncer em Mulheres

	Casos Novos	Causas de Morte
Mulheres	29% Mama 13% Pulmão e brônquio 11% Cólon e reto 6% Corpo do útero 4% Linfoma não-Hokgkin 3% Melanoma cutâneo 3% Bexiga 2% Pâncreas 2% Tireóide 23% Todos os outros locais	25% Pulmão e brônquio 16% Mama 16% Cólon e reto 5% Pâncreas 4% Leucemia 2% Corpo do útero 2% Cérebro e outras partes do sistema nervoso 2% Estômago 2% Mielona Múltiplo 21% Todos os outros locais

Fonte: Incidência de câncer e mortes de acordo com a localização estimada – 1999. *Cancer Facts and Figures*, 1999. American Câncer Society, Atlanta, Geórgia. Fonte: Smeltzer & Bare, 2002, 253.

Como podemos observar no quadro acima, os principais tipos de câncer, em relação aos casos novos e as causas de óbitos que mais acometem as mulheres, são os de mama, de pulmão e brônquio, e o do cólon e reto.

As 10 Localizações Principais de Câncer em Homens

	Casos Novos	Causas de Morte
--	-------------	-----------------

Homens	29% Próstata	31% Pulmão e brônquio
	15% Pulmão e brônquio	13% Próstata
	10% Cólon e reto	10% Cólon e reto
	6% Bexiga	5% Pâncreas
	5% Linfoma não-Hokgkin	5% Linfoma não-Hokgkin
	4% Melanoma cutâneo	4% Leucemia
	3% Rim e pelve renal	3% Esôfago
	3% Leucemia	2% Fígado e ducto biliar infra-hepático
	3% Cavidade oral e faringe	3% Bexiga
	2% Estômago	3% Estômago
	20% Todos os outros locais	21% Todos os outros locais

Fonte: Incidência de câncer e mortes de acordo com a localização estimada – 1999. *Cancer Facts and Figures*, 1999. American Cancer Society, Atlanta, Geórgia. Fonte: Smeltzer & Bare, 2002, 253.

Como podemos também observar no quadro acima, os principais tipos de câncer em relação aos casos novos e as causas de óbitos que mais acometem os homens, são o de próstata, pulmão e brônquio, cólon e reto.

Destacamos, ainda, que os cânceres que apresentam maior porcentagem de casos novos nas mulheres e nos homens são, respectivamente, o de mama e o de próstata. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes em mulheres.

Porém, tanto o câncer de mama, quanto o de próstata são passíveis de cura quando detectados no início da doença, facilitando o diagnóstico precoce e o tratamento imediato. A isto os epidemiologistas denominam de “prevenção secundária”.

A probabilidade de se desenvolver o câncer está intimamente ligada a fatores importantes como o sexo e a idade, e a fatores ambientais.

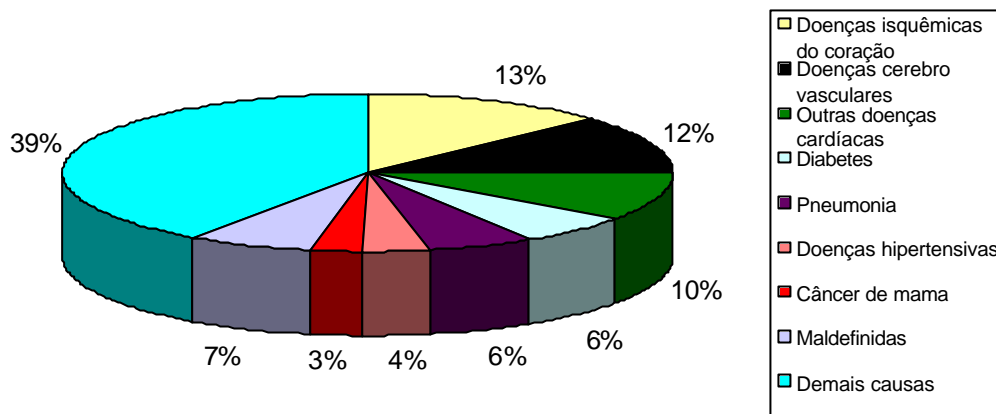
Estatisticamente, apenas 5% são de origem hereditária, sendo a grande maioria causada por inúmeros outros fatores (Guirro & Guirro, 2002).

Segundo Gadella e Martins,

O desenvolvimento do câncer está diretamente ligado ao processo de envelhecimento celular. À medida que os anos vão passando, as agressões externas (como o fumo) vão gerando um acúmulo de danos ao DNA das células e possibilitando o desenvolvimento das primeiras células geradoras dos tumores malignos. Por essa razão, a maior idade é um fator de risco das neoplasias malignas mais comuns. (2002: 712)

No grupo de “demais causas” de mortalidade (gráfico que se segue), encontram-se as causas externas, as doenças infecciosas e parasitárias, outras neoplasias etc. Destacamos também o câncer de mama como uma das causas de morte entre as doenças crônico-degenerativas.

Gráfico 06 - Distribuição dos Óbitos de Mulheres com 50 anos ou Mais de Idade, por principais agrupamentos de causas de morte no Estado de São Paulo. Triênio 1999-2001.



Fonte: Fundação SEADE.

Segundo a OMS,

Nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de dez vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de mama de base populacional de diversos continentes. (1998)

Portanto, entre os cânceres que acometem a mulher o de mama, segundo os dados estatísticos levantados, constitui uma das principais causas de morte.

2. Do Câncer de Mama

A ocorrência do câncer de mama concentra-se na faixa das mulheres com idade mais avançada. No Estado de São Paulo, ele representa uma das principais causas de mortalidade em mulheres com 50 anos ou mais de idade (Seade, 1999 – 2001).

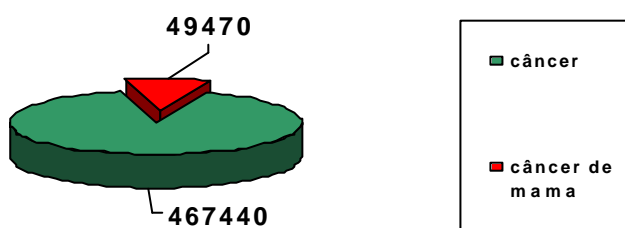
Para Sitta e Jacob,

O câncer de mama é responsável por cerca de 30% dos novos casos de câncer em mulheres de países desenvolvidos. É raro abaixo dos 25 anos, aumenta após os 30 anos e predomina após os 50 anos. (2002, 475)

Muitas patologias que acometem a mulher ocorrem no período pós-menopausa, devido à deficiência estrogênica. É nesta fase, também, que se observa um aumento da prevalência de câncer (Sitta & Jacob; 2002).

De acordo com o Instituto Nacional de Controle do Câncer (INCA, 2005), a previsão é de serem diagnosticados 467.440 casos novos de câncer em 2005, sendo o câncer de mama o segundo mais incidente entre a população feminina, com 49.470 casos novos, número que representa 10,6% do total de novos casos de câncer.

Gráfico 07 – Previsão do número de casos novos de câncer e de câncer de mama em 2005. Fonte: INCA, 2005.



Para Molina, et al (2003: 187); o câncer de mama, até o momento não pode ser evitado. Todavia, algumas etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e prevenção.

São fatores de risco para o câncer de mama (INCA, 2005):

- História familiar de câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmão) foram acometidas antes dos 50 anos de

idade.

- Aumento da idade.
- Menopausa tardia (após os 50 anos de idade).
- Menarca precoce (idade da primeira menstruação).
- Obesidade.
- Nuliparidade (não ter tido filhos) ou primeira gravidez após os 30 anos.
- Ingestão regular de álcool.
- Exposição a radiação ionizante em idade inferior aos 35 anos.

Para o direcionamento das medidas de prevenção primária, é de fundamental importância conhecer os fatores de risco acima mencionados para evitar alguns e enfatizar a importância da detecção precoce como forma de prevenção.

Capítulo V

Cuidados de Saúde

1. Câncer de Mama: Histórico das Medidas Públicas de Controle.

Dado o aumento de sua incidência, os cânceres, bem como as doenças crônico-degenerativas, foram, ao longo das décadas do século passado, ocupando um lugar de destaque no perfil de morbimortalidade da população.

Este fato levou à necessidade da criação de medidas públicas de saúde para o controle dessas doenças; medidas relacionadas à formação de recursos humanos especializados, ao incentivo à pesquisa científica e à normatização de protocolos de assistência.

Na década de 30, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, incluindo o câncer, ocorreu a reorientação da Política Nacional de Saúde, com a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal no Rio de Janeiro.

Em 1941, na busca do desenvolvimento de uma política nacional de controle do câncer, foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC), reconhecido oficialmente em 1961 como Instituto Nacional de Controle do Câncer (INCA). Ao INCA foram atribuídas as competências assistencial, científica e educacional. Nas décadas de 60/70, o INCA passou a ser uma entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura (1969), sendo posteriormente reintegrado (em 1972) ao Ministério da Saúde.

Os primeiros anos da década de 80 marcariam o início de um período de crescimento e recuperação do INCA, como órgão fundamental para a política de controle do câncer no Brasil. Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a

lei que cria o SUS (Sistema Único de Saúde), novo impulso é dado ao INCA, ao ser incluído especificamente nessa Lei, em seu Artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS. Nos anos seguintes, em 1991, 1998 e 2000, decretos presidenciais ratificariam a função do INCA como o órgão governamental responsável por assistir o Ministro da Saúde na formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador. (INCA / MS, 2002)

Entre os cânceres, o de mama é o mais comum entre as mulheres. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a estimativa é que ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo (INCA/MS, 2004).

Os gráficos que se seguem, elaborados a partir de dados do Instituto Nacional de Controle do Câncer (2005), mostram a incidência do câncer de mama no Brasil, na Região Sudeste e no Estado e Município de São Paulo.

Gráfico 08

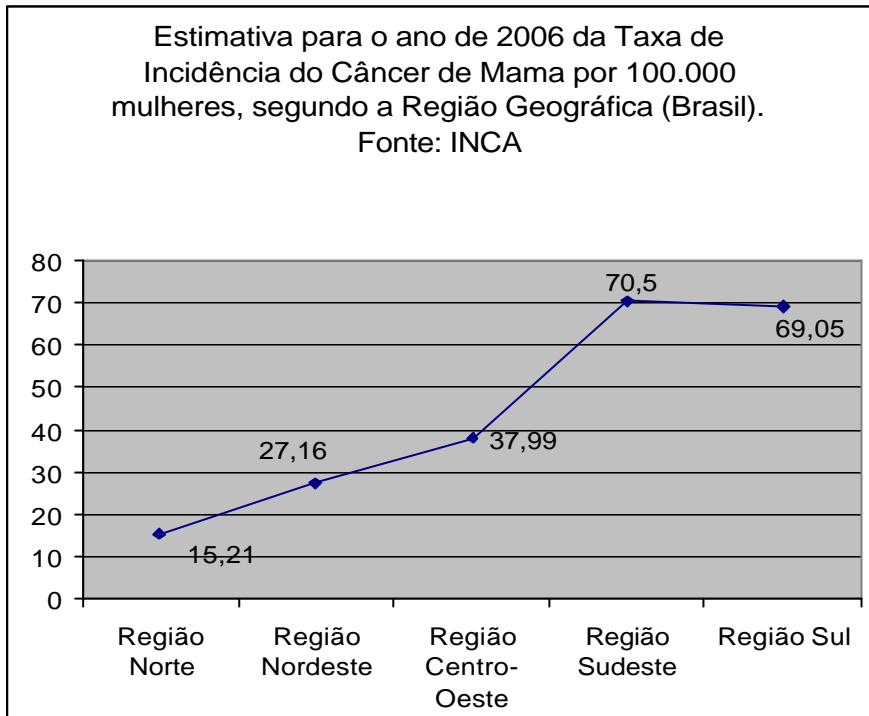


Gráfico 09

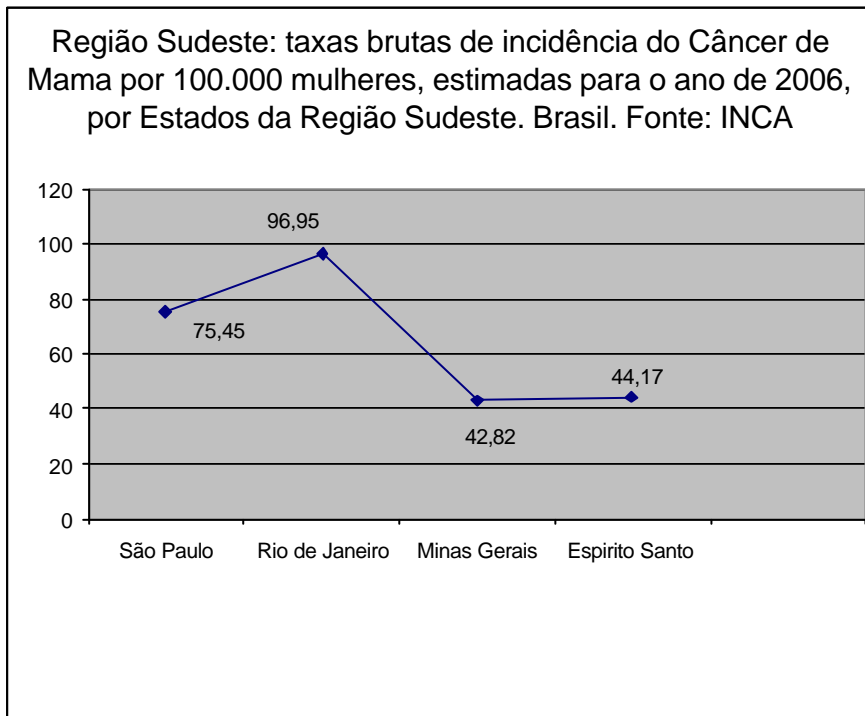
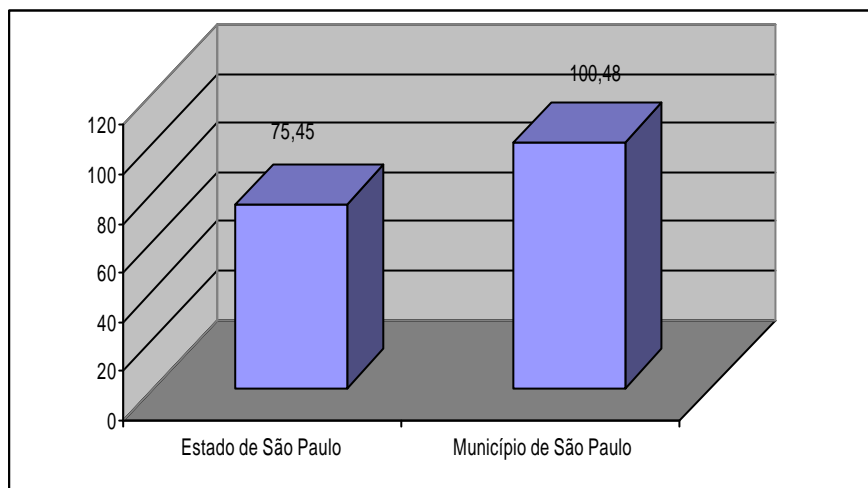


Gráfico 10. Estimativa para o ano 2006 das taxas brutas de incidência do câncer de mama (localização primária) por 100.000 mulheres. São Paulo: Estado e Município. Fonte: INCA



O aumento de casos de câncer de mama guarda relação direta com a intensificação das medidas de detecção precoce; a isto soma-se o que foi discutido nos capítulos anteriores, ou seja, a transição demográfica e epidemiológica, que modificou o perfil de morbimortalidade da população, diminuindo as doenças transmissíveis (infecto-contagiosas) e aumentando a incidência das doenças crônico-degenerativas.

Segundo Bergmann

A história natural do câncer de mama sofreu mudanças bastante profundas com o passar do tempo. Os princípios e os conceitos que regiam o conhecimento sobre a história natural da doença se modificaram quando foi observada que a evolução da doença era condicionada por fatores biológicos intrínsecos a doença. O desenvolvimento do câncer de mama é decorrente de vários fatores inter-relacionados, sendo estes fatores biológicos e ambientais. (2000, p. 11)

Diante da doença o objetivo é a cura; para tanto, são necessárias medidas de diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o tratamento imediato.

Para Brito,

Em setembro de 1998, com a publicação da Portaria nº 3535, o Ministério da Saúde conduziu as transformações regulamentares na área da assistência oncológica, definindo diretrizes para o mapeamento da oferta e demanda pela prestação desses serviços, seguido pelo conseqüente aumento do aporte financeiro. Essa portaria passa a ser paradigmática, pois se pauta na articulação de todas as etapas de tratamento do câncer, bem como na garantia de atendimento integral aos pacientes, uma vez que só credencia os serviços capazes de responder, na mesma unidade hospitalar, a todas as necessidades básicas para o tratamento de neoplasias. (2004 p.05)

2. Câncer de Mama: Prevenção e Diagnóstico

Medidas preventivas na área da saúde objetivam a solução de problemas através da prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce (Forattini, 1996).

A prevenção primária tem por objetivo a redução dos riscos de câncer em pessoas saudáveis. A prevenção secundária envolve a detecção e avaliação para obter o diagnóstico precoce e a intervenção imediata para conter o processo canceroso. Já a prevenção terciária trabalha com a reabilitação, ou seja, com as seqüelas da doença (Smeltzer & Bare, 2002, p. 257).

No câncer de mama, a prevenção primária é restrita, pois é difícil evitar a exposição da população feminina aos fatores de risco.

Entretanto, como lembra Thuller,

... não fumar, manter o peso adequado após a menopausa e evitar a exposição à radiação iônica, estão entre as poucas medidas práticas de prevenção primária que a mulher pode adotar para reduzir o risco de desenvolver o câncer de mama. (2003, p. 231).

A promoção da saúde realizada no atendimento primário é direcionada à conscientização e ao ensino da importância do auto-exame das mamas. Já os fatores de risco, a exemplo da obesidade e do tabagismo, são trabalhados na promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida. Neste caso, não são direcionados especificamente à prevenção do câncer de mama.

O desenho que se segue, obtido junto à Sociedade Brasileira de Mastologia, apresenta a **Técnica do Auto-Exame das Mamas**.



- 1 • Em pé, em frente ao espelho.
• Observe o bico dos seios, a superfície e o contorno das mamas.



- 2 • Em pé, em frente ao espelho, levante os braços.
• Observe se com o movimento aparecem alterações de contorno e superfície das mamas.



- 3 • Deitada, a mão direita apalpa a mama esquerda.
• Faça movimentos circulares suaves apertando levemente com as pontas dos dedos.



- 4 • Deitada, a mão esquerda apalpa a mama direita.
• Repita deste lado movimentos circulares apertando levemente com as pontas dos dedos.

Fonte: CAISM-Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Para o INCA / MS (2004),

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção.

Segundo Brito (2004, p. 01), o elevado contingente de mulheres afetadas pelo câncer de mama relaciona-se tanto aos fatores de risco, como às resistências à prevenção primária.

Embora exista na literatura uma ampla variedade de trabalhos que possibilitam visualizar num futuro próximo melhores chances de cura da doença, a maior parte dos protocolos disponíveis necessitam para serem eficientes, que o diagnóstico seja estabelecido nas fases precoces da doença. (Molina; 2003, p. 186)

A detecção precoce do câncer de mama é a principal estratégia para o controle das taxas de morbidade e mortalidade na população feminina.

Segundo pesquisa divulgada no *Suplemento Saúde*, da PNAD, no Brasil, em 2003, 65,6% das mulheres com 40 anos ou mais já se submeteram a exame clínico das mamas realizado por médico ou enfermeiro (IBGE, 2005).

As ações de saúde pública para o diagnóstico do câncer de mama são direcionadas para sua detecção precoce, que ocorre principalmente através do rastreamento de mulheres pelo exame clínico da mama, pela mamografia e pela ultrassonografia da mama.

Thuller, ressalta que “ *programas de rastreamento para câncer de mama têm como objetivo identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença*” (2003; p. 227).

Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama (INCA, 2005), o rastreamento do câncer de mama é realizado pelas seguintes ações:

- *Exame clínico das mamas realizado anualmente, para todas as mulheres com 40 anos ou mais. O exame clínico das mamas deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;*
- *Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames;*

- *Exame clínico das mamas e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.*
- *As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.*
- *O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.*

Como a maior parte dos casos de câncer de mama é detectada pela própria mulher, durante a palpação das mamas, são várias as situações em que a doença é descoberta. O diagnóstico tardio e a descoberta em estágios avançados dificultam o tratamento, agravando o prognóstico.

Assim a mulher, mesmo após o climatério e o término de sua fase reprodutiva, necessita de prevenção através da avaliação ginecológica, do exame de colpocitologia oncótica (Papanicolau) e da mamografia: exames que devem ser realizados periodicamente. A mulher idosa comumente falha em manter sua avaliação ginecológica rotineira. Estima-se que, em muitos casos, quando um problema ginecológico é diagnosticado, ele já apresenta sintomas há oito meses, em média, e avaliação preventiva não é feita há 4,5 anos (Sitta e Jacob; 2002, p. 474).

A oportunidade de utilização de meios tecnológicos, como a mamografia e a ultrassonografia, aumenta a chance de diagnósticos mais precoces, determinando o tipo de tratamento e refletindo, conseqüentemente, no prognóstico da doença.

De acordo com o INCA / MS (2002),

Os progressos tecnológicos observados na medicina, nas últimas décadas, proporcionaram o aprimoramento dos meios propedêuticos e, por conseguinte, a maior acuidade diagnóstica para o câncer. Esta condição explica parte do aumento verificado na prevalência dessa doença.

No entanto, não é suficiente a melhoria dos recursos tecnológicos para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, mas aliado a isto é necessário a garantia do acesso da população a estes serviços. Portanto, os serviços de saúde de alta complexidade na detecção precoce do câncer de mama, devem estar disponíveis para toda a população feminina, objetivando a diminuição da incidência e a realização do diagnóstico em fases iniciais da doença.

Segundo levantamento realizado em maio de 2001, existem no Brasil 149 hospitais credenciados como CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia – especializados no tratamento do câncer no Brasil. Desses centros, 4% estão localizados na Região Norte, 6% na Região Centro Oeste, 19% na Região Nordeste, 21% na Região Sul e 51% na Região Sudeste. Ressalta-se a grande concentração na região Sudeste. Há, portanto, uma razoável disponibilidade de recursos para tratamento do câncer neste nível do sistema de saúde. (INCA / MS, 2002)

Para Brito, “... a mortalidade por câncer pode ser influenciada não apenas pelos fatores clínicos e pelas características sócio-econômicas, mas também pela disponibilidade e qualidade do cuidado à saúde” (2004, p. 01).

Os centros de alta complexidade em câncer são importantes não só no tratamento, como na confirmação precoce do diagnóstico definitivo de câncer de mama, já que o exame clínico, a mamografia e a ultrassonografia funcionam como um rastreamento, detectando a presença de lesões.

A periodicidade da avaliação para a detecção precoce depende se a mulher é tida como pertencente ao grupo populacional com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama. Os critérios de inclusão no grupo de risco

são história familiar para câncer de mama e diagnóstico de lesão mamária (INCA / MS, 2004).

Quando há a detecção de lesões suspeitas, a confirmação do diagnóstico se dá através do exame citológico, histológico ou da biópsia convencional (INCA / MS, 2004).

Após a confirmação diagnóstica do carcinoma de mama, é realizada uma classificação denominada de “estadiamento” (estágio da doença), o qual servirá de base na indicação da terapêutica adequada.

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação do Tumores Malignos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer. A classificação é conforme o tamanho do tumor (T), o comprometimento nodal⁹ (N) e metástases¹⁰ (M), sendo de I a IV. (INCA / MS, 2004)

No entanto, mesmo sabendo que as informações sobre campanhas de prevenção do câncer de mama são muito divulgadas, principalmente através dos meios de comunicação em massa (em especial, a televisão), as taxas de mortalidade por cânceres ginecológicos são ainda bastante altas, principalmente em mulheres envelhescentes.

3. Câncer de Mama: Tratamento

A partir do estadiamento do câncer de mama determina-se o tipo de tratamento; este pode ser cirúrgico, radioterápico, hormonioterápico e quimioterápico.

⁹ Comprometimento nodal são as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza. (INCA / MS, 2004)

¹⁰ Avaliação da presença ou ausência de focos do tumor à distância.

Nos casos de a indicação ser cirúrgica, esta pode ser feita através da ressecção de um segmento da mama ou da mastectomia, que consiste na retirada da mama. A radioterapia tem o objetivo de destruir células remanescentes depois da cirurgia ou reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. A quimioterapia e a hormonioterapia são tratamento sistêmicos que se seguem à cirurgia; sua indicação deve estar baseada no risco de recorrência do tumor. (INCA / MS, 2004)

É importante ressaltar que quanto mais avançado o estadiamento do câncer, maior será o número de ações diagnósticas e terapêuticas utilizadas e será menor a sobrevida da mulher.

Após a realização do tratamento, as pacientes com câncer de mama devem se acompanhadas por uma periodicidade controlada, conforme mostra o quadro a seguir, a fim de detectar a recorrência da doença.

Recomendações para o seguimento de mulheres com câncer de mama

Recomendação	Tempo	
	1 – 5 anos	Decorrido
História e exame físico	Semestral	Após o 5º ano
Mamografia	Anual	Anual
Exame ginecológico	Anual	Anual

Fonte: Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso – INCA / MS, 2004

Caso a doença seja detectada em estágios mais avançados, o custo da será mais elevado, fator que enfatiza a importância da detecção precoce. Observamos este fato na tabela abaixo.

Tabela 1 – Relações entre o benefício e o custo direto* das ações de controle do câncer de mama

Câncer de Mama		
Estágio da Doença	% de sobrevivência em 10 anos ¹	Custo em US\$
0	100	342,70
I	90-95	6.213,78
II	50-70	7.417,18
III	20	8.383,03
IV	10	6.927,36

* Média dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicáveis sem repetição dos procedimentos unitários previstos.

(1) Médias das fontes internacionais

(2) Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde – 1995.

Assim, como afirma o INCA/MS, 2002, “o investimento na áreas de prevenção e diagnóstico precoce traz, assim, maior benefício social e econômico do que o custeio do tratamento da doença em fase avançada.”

Outro aspecto fundamental no processo do câncer de mama – diagnóstico, tratamento e acompanhamento – é que a mulher deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, capacitada em conhecer e identificar as necessidades, sintomas e, principalmente, o impacto da doença na vida dessa mulher a fim de garantir uma atenção integral.

A intervenção multidisciplinar visa à orientação domiciliar, tratamento ambulatorial, tratamento hospitalar específicos e grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral. (INCA/MS, 2004)

Uma atenção integral começa na motivação da mulher para cuidar de sua saúde, através da comunicação efetiva das ações de detecção precoce do câncer de mama e do seu conseqüente engajamento no controle da doença. Envolver na

prevenção significa, inicialmente, conhecer o próprio corpo através do auto-exame das mamas e, paralelamente, realizar o exame clínico e a mamografia.

4. Assistência à Saúde da Mulher Envelhescente e Idosa

As estratégias de detecção precoce do câncer de mama são procedimentos de baixa complexidade mundialmente reconhecidos como seguros. Por serem medidas simples, as Unidades Básicas de Saúde (portas de entrada do usuário do Sistema Único de Saúde), são capazes de realizá-las, dependendo somente do direcionamento das políticas públicas de saúde dos estados e municípios.

Essas políticas devem estar em conformidade com a garantia universal de acesso da população aos serviços básicos e à assistência integral à saúde, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde. Seu processo de construção deve ser baseado em avaliações dos múltiplos fatores que influenciam as características específicas de cada grupo populacional.

Segundo o INCA,

Uma nova distribuição demográfica reduz as pressões advindas de uma população infantil e jovem sobre os sistemas educacional e sanitário, mas por outro lado, aumenta, significativamente, a pressão para a assistência médico-social aos idosos. O envelhecimento cursa com uma maior suscetibilidade às doenças, o que torna os indivíduos idosos usuários assíduos dos serviços de saúde. (2002: 25)

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde,

Para promover o envelhecimento ativo ¹¹, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso eqüitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade. (2005: 21)

A saúde é um tema bastante complexo. Sua definição e interpretação estão intimamente relacionadas à questão da doença. Entender a doença é importante

¹¹ Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

para compreender a saúde. Como premissa geral, aplica-se igualmente à população idosa.

Segundo Jekel et al,

A saúde é mais difícil definir que a doença. Talvez a definição mais bem conhecida seja do preâmbulo da constituição da Organização Mundial de Saúde: “A saúde é o completo estado físico, mental e social de bem-estar e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” Essa definição tem a força de reconhecer que qualquer conceito significativo de saúde deve incluir todas as dimensões da vida humana e tal definição deve ser positiva. Entretanto, a definição tem sido criticada por suas fraquezas. Ela é muito idealista nas suas expectativas para completo bem-estar e é muito estatística ao ver a saúde como um estado, em vez de um processo dinâmico que requer esforços constantes e atividades para mantê-la. (1999, p. 204)

Nas últimas décadas, o aumento da população idosa, em especial a feminina, vem impondo a necessidade de reflexões substantivas sobre as políticas públicas destinadas a esse segmento da população, de modo a promover a saúde em favor do envelhecimento bem-sucedido e melhorar as formas de cuidado, prevenção e reabilitação.

Para Ramos,

Do ponto de vista prático, controlar as doenças infecciosas na infância é, hoje, muito mais simples do que controlar as doenças crônicas no idoso. No primeiro caso, temos o advento das vacinas, drogas e medidas de saneamento que só não resolvem a situação em definitivo por limitações impostas pelo contexto político-econômico. No segundo caso, o problema é bem mais complexo. Não existem ainda medidas preventivas de alta eficiência, como as vacinas, e as medidas existentes são, em geral, educativas, envolvendo mudanças de hábitos de vida, tarefa tão difícil quanto mais baixo o nível socioeconômico e o grau de escolaridade da população alvo. (2002, p. 73)

Nesse contexto, e no que se refere à assistência aos idosos, foi promulgada a Lei 8.842 de 04/01/1994, regulamentada pelo Decreto Federal 1.948 de

03/07/1996, que dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso*. Trata-se de uma política que assegura vários direitos à população idosa brasileira (Brasil, 1996), dentre eles os de saúde.

Na *Política Nacional do Idoso*, no capítulo IV (das “Ações Governamentais em diversas áreas”), na área da saúde, no item b, vemos claramente explicitada a necessidade de “*prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.*”

Já o Estatuto do Idoso¹² garante, também, a assistência à saúde do idoso. No Capítulo IV, Artigo 15, lemos:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, também traduz a preocupação com esse segmento da população.

Como a velhice é uma ocorrência normal que engloba todas as experiências de vida, o cuidado à saúde e a preocupação com o idoso não podem limitar-se a um único aspecto.

Para Veras,

Fica evidente que estas características especiais e peculiares dos idosos, em relação aos demais grupos etários, transforma seu cuidado em algo diferenciado e que precisa ser reformado pela formulação de novas concepções de assistência à saúde. (2002, p. 18)

¹² Sancionado em setembro de 2003 e em vigor desde 1º de janeiro de 2004

Apesar dos avanços na legislação em relação ao idoso, do baixo custo dos programas de prevenção e da eficácia das medidas de detecção precoce de doenças, observamos que no perfil epidemiológico são as mulheres envelhescentes e idosas as que apresentam maior incidência de câncer de mama, apesar de todas as campanhas.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde,

Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo. As políticas e programas devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas. (2005, p. 08)

Frente ao que foi exposto, a presente investigação justifica-se por consistir em uma pesquisa da relação entre o envelhecimento feminino, o corpo e o câncer de mama.

Tendo como problema central o câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas – trabalhado a partir das interfaces com o envelhecimento feminino e o corpo – esta dissertação contribui, pelo que esperamos, para o despertar de uma nova consciência e para a importância da prática da detecção precoce do câncer de mama.

Capítulo VI

Da Metodologia e da Pesquisa de Campo

1. Metodologia

O método é a possibilidade de ação do pesquisador na construção de conhecimentos a partir de um dado problema.

A escolha do tipo de abordagem metodológica depende do problema de investigação e da forma como se pretende analisá-lo, pois existem diferenças significativas entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa.

Segundo Barros (1988: 38),

O método qualitativo é uma abordagem sistemática, subjetiva, usada para descrever as experiências de vida e dar-lhes significado, focaliza a compreensão do global, a qual é consistente com a visão holística.

Na metodologia quantitativa a abordagem afirma-se como mais “objetiva”; ela se pauta pela relação causa-efeito, testando hipóteses e teorias. No entanto, é freqüente a alusão de que as abordagens quantitativas são reducionistas, porque se preocupam com o tamanho do fenômeno e não com sua qualidade.

Neste trabalho, a opção central foi pela metodologia qualitativa; isto porque ela possibilita a obtenção de um significado mais profundo da realidade do sujeito, respondendo ao objetivo principal da pesquisa: a partir do levantamento das representações do corpo em mulheres envelhescentes e idosas, investigar os procedimentos adotados para a prevenção do câncer de mama.

Apesar na opção central metodológica ser qualitativa, foram coletados dados obtidos através de procedimentos radicados na abordagem quantitativa. Esses dados foram utilizados para o levantamento de indicadores que tipificam a relação velhice/mulher/saúde/doença e apresentados no decorrer dos capítulos.

Para o levantamento dos dados quantitativos, foram utilizadas fontes de pesquisas disponibilizadas através de publicações e virtualmente.

Já a abordagem qualitativa foi utilizada para a identificação das representações de corpo, para o levantamento do conhecimento existente sobre o câncer de mama e sua prevenção e para a investigação da utilização dos procedimentos existentes de detecção precoce do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas.

A adoção de procedimentos qualitativos de coleta de dados para os objetivos acima especificados mostraram-se mais apropriados, uma vez que envolvem não só o campo das representações sobre o corpo, como informações mediatizadas pela subjetividade do sujeito, mesmo no caso de envolverem conhecimentos objetivos.

Dado o lugar ocupado, nessa investigação, pela abordagem qualitativa apresentamos, a seguir, algumas peculiaridades da mesma.

Na pesquisa qualitativa, é fundamental entender que as informações são produzidas por pessoas com a finalidade de compreender um fenômeno. Na abordagem qualitativa, a escolha do instrumento de obtenção dos dados depende do foco de estudo. Dos instrumentos levantados na bibliografia especializada, temos, por exemplo: a observação, a entrevista, a história de vida, o estudo de caso e a pesquisa-ação.

Desses vários procedimentos de coleta de dados característicos da abordagem qualitativa, a opção recaiu, neste trabalho sobre a entrevista em profundidade.

Para Bauer & Gaskell (2000, 65), “a entrevista qualitativa fornece dados básicos para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os sujeitos sociais e sua situação”.

Segundo Barros (1988:50),

A entrevista é um processo de interação entre duas pessoas (ou mais), com o objetivo de colher informações baseadas no discurso livre do pesquisado, com vistas a compreensão das perspectivas dos informantes sobre suas vidas, experiências ou situações, expressas com suas próprias palavras. Assim, a entrevista deve ter um caráter dinâmico, flexível, aberto, não-diretivo, e não-estruturado.

Neste contexto, o entrevistador deve respeitar a cultura e os valores do entrevistado, além de ter a capacidade de ouvir e estimular o discurso do informante para garantir a legitimidade das informações.

Em que pese o fato de a opção central ter recaído sobre a abordagem qualitativa, a leitura dos objetivos deixa claro que foram coletados dados de caráter essencialmente qualitativos. Esses dados contribuirão tanto para a delimitação do campo no qual se insere o problema de investigação, quanto para a explicitação dos fatores associados à não prevenção do câncer de mama em mulheres envelhecidas e idosas. Para a coleta dos dados quantitativos, foram utilizados dados secundários disponíveis, como já foi afirmado, tanto na literatura, como nos demais bancos de dados existentes.

As entrevistas tiveram o caráter de uma conversa informal e seguiram um “roteiro norteador”, com itens que contemplaram o tema central, os objetivos e os problemas da pesquisa (Anexo 1).

Antes de cada entrevista foram fornecidas todas as informações sobre a pesquisa que foi autorizada pela entrevistada, através da assinatura do termo de consentimento em duas vias, segundo Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (anexo 2). As entrevistas foram gravadas, para posterior transcrição e análise.

A análise de dados das entrevistas foi feita em duas etapas: ao final de cada uma e ao término de todas. Essa dupla leitura dos dados contribuiu para a delimitação dos problemas mais pertinentes à pesquisa (Becker, 1999).

A análise deve ser complexa e articulada ao tema, com a perspectiva de traduzir a compreensão da essência do fenômeno estudado (Barros, 1988).

2. A Pesquisa de Campo

Este capítulo é dedicado à análise do material obtido nas entrevistas individuais realizadas com 05 mulheres que freqüentavam a Unidade Básica de Saúde “Jardim Colorado”, em Suzano, São Paulo.

Apresento, inicialmente, os dados relacionados ao perfil das mulheres entrevistadas. À apresentação do perfil das entrevistadas segue-se a análise das respostas obtidas a partir do roteiro utilizado e que contemplou tópicos relacionados ao corpo, à saúde e ao câncer de mama. Mesmo considerando a estreita relação dos diversos tópicos e o fato de que, muitas vezes, as respostas dadas um dos tópicos já adentrava em outro – aspecto recorrente em entrevistas norteadas por um roteiro – a opção foi pela análise separada de cada tema do roteiro.

Esclarecemos que além de as entrevistadas terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, suas identidades foram resguardadas. Com isso, serão identificadas através das iniciais de seus nomes.

2.1. O Perfil das Mulheres Entrevistadas

Para traçar o perfil das cinco mulheres entrevistadas, foram levantados dados de identificação como, nome, idade, religião, número de filhos, escolaridade, renda mensal e ocupação atual.

Em relação à idade as cinco mulheres entrevistadas tinham, respectivamente, 55, 59, 61, 65 e 78 anos. Assim, duas eram “envelhescentes”, duas eram “idosas” e uma era “mais idosa”.

Quanto à raça, três mulheres eram brancas e duas eram negras.

Quanto à religião, das cinco mulheres, três se disseram católicas, uma declarou ser evangélica e uma espírita. Mesmo considerando o pequeno número de entrevistadas, o catolicismo foi a religião dominante. Por tratar-se de uma investigação sobre o corpo e a velhice, pareceu-nos importante levantar a religião das entrevistadas. Isto porque disposições religiosas podem ajudar na compreensão da relação das mulheres com seus corpos, com a saúde e com o câncer, ou seja, a religião - com os preceitos pregados - pode influenciar as decisões sobre os cuidados com o corpo e sobre a saúde.

De acordo com Lowdermilk,

As influências culturais e religiosas também aumentam os riscos de saúde, porque a mulher e a família podem ter valores sociais e de vida, além de uma visão de saúde e da doença, que determinam práticas diferentes. (2002: 64),

O número de filhos por mulher teve uma grande variação. Duas mulheres tiveram três filhos, uma teve quatro, outra teve seis e a uma teve dez filhos. As mulheres que tiveram maior número de filhos (seis e dez) declararam, durante a entrevista, não ter conhecimento de métodos contraceptivos quando eram mais jovens e que ainda estavam na fase reprodutiva. A mulher que teve dez filhos era migrante da região nordeste do Brasil; comentou que quando vivia no nordeste tinha uma situação financeira precária, o que dificultava ainda mais o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, às informações sobre como prevenir a gravidez.

A relação entre o número de filhos e a renda familiar ficou claramente estabelecida, ou seja, quanto mais precária a situação financeira, menor a escolaridade e maior o número de filhos.

Apesar da redução no número de filhos por mulher, observada no Brasil, de nos últimos anos, esta diminuição não se coloca do mesmo modo, para todas as regiões do Brasil. As maiores quedas na taxa de fecundidade são o que pode ser

explicado pelo maior desenvolvimento econômico destas regiões, pela maior participação das mulheres no mercado de trabalho e pelo acesso à informação e aos serviços de saúde.

Segundo o IBGE,

No Brasil, em 2003, das 48,3 milhões de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) 63% tinham pelo menos 1 filho. A proporção de mulheres nessa faixa de idade com mais de 3 filhos apresentou uma redução de quase 1 ponto percentual em relação a 2002. De fato, este resultado é efeito da redução na taxa de fecundidade, onde a média do número de filhos por mulher vem decaindo ao longo dos anos. Essa queda ocorreu principalmente nas Regiões Sudeste e Sul, o que pode ser explicado pela maior participação das mulheres no mercado de trabalho, combinada aos elevados encargos da maternidade, fazendo com que as mulheres optem por ter menos filhos. (2004: 259)

Quanto ao grau de instrução, três mulheres declararam ter o ensino fundamental incompleto e duas disseram ser analfabetas.

Atualmente, as mulheres vêm apresentando um maior número de anos de escolaridade em relação aos homens, diferente do que se observa nas mulheres envelhescentes e idosas.

A educação é um importante atributo para o desenvolvimento das pessoas, e um dos objetivos da declaração das Metas do Milênio consiste na garantia do acesso universal à escola, de forma a reduzir as iniquidades de gênero. Contudo, no caso brasileiro, as questões de educação não refletem as reconhecidas desigualdades de gênero comuns em outras sociedades: as mulheres no Brasil já possuem uma média de anos de estudo superior à dos homens (7,0 contra 6,8 em 2003). Dois efeitos influenciam esse resultado: o primeiro está associado ao maior abandono e defasagem escolar apresentada pelos meninos, decorrente de sua entrada mais cedo no mercado de trabalho em relação às meninas; o segundo aspecto se refere à socioeconômicas como a entrada no mercado de trabalho, a responsabilidade pela

família, a maior contribuição para a provisão do rendimento familiar, entre outras. (BGE; 2004: 260)

No que se refere à renda mensal, duas mulheres afirmaram ganhar 01 salário mínimo, duas declararam receber entre 01 e 02 salários mínimos e 01 afirmou receber três salários mínimos¹³.

Quanto à ocupação, duas se declararam empregadas domésticas, duas se disseram “do lar” e afirmou ser comerciante.

Ressaltamos a evidente relação entre as camadas mais pobres da população, o baixo grau de escolaridade, a não inserção no mercado de trabalho ou a inserção através do emprego informal e o maior número de filhos, o que pode acarretar deficiência nos cuidados de saúde.

Para Lowdermilk,

Com a limitação de dinheiro e de conscientização, existe a falta de acesso ao atendimento, a demora em procurá-lo, menos atividades de prevenção e poucas informações precisas sobre a saúde e o sistema de atendimento. (2002: 61)

2.2. As Representações de Corpo e Saúde nas Mulheres Envelhescidas e Idosas

Após a obtenção dos dados de identificação, as entrevistas se iniciaram com o que pode ser denominado de estímulo introdutório: “fale-me um pouco de você”. Trata-se de um recurso amplamente utilizado nas entrevistas em profundidade e que tem por objetivo o que se denomina “aquecimento”. Por outro lado, permite o estabelecimento de um clima mais “solto” e favorável ao desenvolvimento da entrevista. Com este estímulo inicial procurou-se, portanto, criar um ambiente de informalidade e descontração, além de proporcionar o estabelecimento de um vínculo que, mesmo de curta duração, é fundamental na atividade de pesquisa.

¹³ O valor do salário mínimo vigente na data das entrevistas era de R\$ 300,00 (trezentos reais).

Apesar dos cuidados tomados, todas as mulheres apresentaram grande dificuldade de falar “sobre si mesmas”. A solução encontrada por elas foi permanecer em dados mais gerais de identificação, como nome, estado civil e idade. A estes dados agregavam informações relacionadas aos papéis sociais que desempenhados, a exemplo de mãe, esposa e viúva.

MS: “Sou viúva, tenho 59 anos...”

MCFF: “Eu tenho 65 anos de idade, tenho todos os filhos criados, tenho 4 filhos, todos casados e tenho 8 netos...”

ACS: “Meu nome é A., sou viúva, tenho 78 anos...”

O estado civil apareceu em todas as falas, como se a situação conjugal fosse o determinante mais significativo e o vínculo de referência mais forte.

Para aprofundar o questionamento e extrair mais informações indaguei, a cada uma das entrevistadas, sobre o dia-a-dia delas e o que gostavam de fazer. Com esse estímulo outros aspectos vieram à tona, como religião e trabalho. Apesar da menção ao trabalho, elas não detalharam as atividades desempenhadas; permaneceram nas atividades realizadas “no lar”: no seu ou em “casas de família”.

A questão da religião aparece em algumas falas, levando-nos a pontuar sobre a associação entre as atividades do lar e outras formas de lazer e convívio social, sendo “eticamente” uma prática totalmente aceita para esse período da vida. Esses aspectos são observados nas falas abaixo:

ACS: “Moro sozinha, faz 5 anos que moro aqui em São Paulo, vim da Bahia. Cuido da minha casa, agora minha filha trouxe uma menina pra ficar comigo. ... Já trabalhei muito na roça, fui garimpeira.”

RAS: “ 46 anos que trabalho em casa de família. Trabalho na mesma. Faz uns 5 anos que sou governanta. Também vou toda semana na igreja pra Deus me ajudar...”

CMR: “Eu acho minha vida maravilhosa, pois apesar de eu trabalhar bastante, mas eu faço uma coisa que eu gosto.”

MCFF: “Tenho uma vida muito boa, graças a Deus agora **na altura do campeonato**, né. Meu trabalho é no lar, toda vida trabalhei em casa, nunca trabalhei fora, não sei como é a vida trabalhar fora. Agora há uns três anos, participo de grupo de oração. Sempre que posso vou à Aparecida, ao Padre Marcelo, já fui conhecer a igreja do Frei Galvão.”
(grifos meus)

A frase acima traz um elemento importante em relação à velhice. Quando a entrevistada afirma que “*tem uma vida boa, na altura do campeonato*”, parece que, chegando na velhice já cumpriu todo o percurso da vida e, conseqüentemente, deve usufruir dela como uma recompensa ou como um merecimento.

Ao serem indagadas sobre o corpo (o que é o corpo, o que é cuidar do corpo?) o aspecto mais explicitado nas respostas foi o da saúde. As entrevistadas responderam que cuidar do corpo é cuidar da saúde, da beleza e realizar cuidados de higiene e até de outros aspectos, como os afetivos, tão peculiares do ser humano (“estar em paz”).

ACS e RAS: “... é cuidar da saúde.”

MCFF: “... é hidratar a minha pele, cuidar do meu cabelo, gosto muito de cuidar das minha unhas, ...”

CMR: “... é a higiene que a gente tem com o corpo.”

MS: colocou que cuidar do corpo é ir ao médico periodicamente, mas também estar bem consigo mesma. Ao ser questionada o que é estar bem consigo mesma, respondeu: “É estar em paz, estar me sentindo bem, sabendo que meus filhos estão bem também.”

O cuidado holístico com o corpo, ou seja, o cuidado de uma forma integral do corpo, envolve vários aspectos. Como foi dito pelas entrevistadas, os cuidados de saúde (por exemplo: consultas médicas), a beleza e o bem-estar, os hábitos saudáveis de vida (por exemplo: atividade física, alimentação, higiene) e os

equilíbrios emocionais, psicológicos ou espirituais (por exemplo, a busca pela religião, pela paz e a harmonia familiar) são práticas que beneficiam o corpo. Ressalto que em nenhum momento das falas foi mencionada, mesmo que superficialmente, a questão da sexualidade.

Nas respostas dadas ao terceiro tópico do roteiro – “o que é, para você, cuidar da saúde?” – ressaltou-se o fato de que cuidar da saúde é procurar os serviços de saúde, mais especificamente o profissional médico. Para as entrevistadas cuidar da saúde é sinônimo de atendimento nos serviços de saúde, associando a saúde aos aspectos eminentemente físicos.

ACS: “É ir ao médico, quando sinto alguma coisa errada, é fazer o tratamento desta doença...”

RAS: “É procurar o médico, mas as vezes eles erram. No meu caso o primeiro médico disse que eu tinha muito hormônio e agora estou com câncer.”

MS: “Eu não sou muito assim, por qualquer coisa eu não vou ao médico, mas quando eu procuro uma vez por ano fazer os exames necessários para ver se tá tudo bem, mas eu não vou toda hora ao médico, assim por qualquer dor eu procuro tomar um chá uma coisa e passar, para não encucar não procurar doença. Mas se é uma coisa que eu vejo que não passa com chá, eu procuro o médico.”

MCFF: “Cuidar da saúde é fazer meus exames periódicos ué. Uma vez por ano eu faço papanicolau, mamografia.”

CMR: “Cuidar da saúde é a gente fazer os exames de prevenção uma vez por ano, mas coisa que eu já não faço.”

A vinculação entre o médico e os serviços de saúde por um lado, e os cuidados com a saúde, de outro, foi uma constante nas respostas obtidas; no entanto esta vinculação não se traduz, via de regra, em comportamentos efetivos. É como se ouvíssemos a frase “eu sei que é importante, mas não faço”; como se a teoria (as informações / os conhecimentos) se desvinculasse da prática.

Lowdermilk lembra que

O conhecimento, apenas, não é suficiente para proporcionar comportamentos saudáveis. A mulher deve ser convencida de que possui algum controle sobre a sua vida, e que os hábitos saudáveis, incluindo os exames de saúde periódicos, representam um investimento confiável. Ela deve acreditar na eficácia da prevenção, da detecção precoce e da terapia; também na sua capacidade de desempenhar as práticas de autocuidado, como o auto-exame das mamas. (2002: 71)

As perguntas seguintes foram sobre a rotina ao ginecologista (consultas periódicas) e sobre a realização dos exames ginecológicos de rotina (quais, de quanto em quanto tempo e o porquê da periodicidade).

Das cinco mulheres entrevistadas, apenas uma (**MCFF**) freqüentava o ginecologista e realizava os exames uma vez ao ano; as outras quatro expressaram o conhecimento da importância da visita anual ao ginecologista anual, porém relataram períodos mais longos entre as consultas e que não faziam os exames de prevenção.

MS: “Agora estou procurando ir uma vez ao ano, mas eu já passei 20 anos sem ir ao ginecologista.”

RAS: Antes fazia sempre os exames. Tive um mioma, tem 20 anos que retirei o útero. Quando uns dois anos e meio, percebi meu seio duro. Aí procurei o médico no posto e ele me disse que era muito hormônio, mas ele errou. Não fiz nenhum exame, porque ele não pediu. Depois de um ano comecei a sentir dores e saía um líquido pelo bico do peito. Achei que não era nada, acreditei no que o médico disse. Depois de um ano, piorou muito e tomou todo o meu seio. Uma comadre minha que é médica, disse que era câncer. Aí eu fiz os exames, parecia uma pedra. Agora já fiz muito tratamento.... Acredito na força de Deus pra me curar.”

ACS: “Tive 8 filhos e 2 “perca”. Lá na Bahia a vida não é boa, nunca fiz um exame meus filhos nasciam em casa com

parteira. Quando meu marido morreu aqui em São Paulo meus filhos me levaram no posto e fiz os exames. Depois voltei para a Bahia pra cuidar da casa. Ainda lá, comecei a sentir dores no seio, depois que eu caí no banheiro minha filha me buscou para cá. Me levou no médico que descobriu um caroço no meu peito. Isso foi no começo do ano passado. Agora tô tomando remédio.”

CMR: “Vou assim quando tem, como chama, para ver se eu tava na fase de menopausa eu fiz todos os exames que ele pediu. Quer ver exame de papanicolau eu fiz esse daí tem um ano que eu fiz. Agora o de mama eu fiz uma vez só. Quando eu fiz eu deveria ter uns 40 anos. Na última campanha, o médico pediu, mas já faz 3 anos, mais de 3 anos. O posto de saúde disse que com 3 meses ligava pra casa. Até hoje. Aí não fiz mais.”

Chamou a atenção o fato de apenas uma entrevistada (MCFF) ter uma periodicidade e até um compromisso com a prevenção do câncer de mama. Entretanto o roteiro não contemplou questões que pudessem apontar os fatores / aspectos que a diferenciavam das demais entrevistadas. Ouso associar essas visitas (rotina ao ginecologista) ao medo apresentado na resposta sobre o conhecimento sobre o câncer de mama: *“Eu já ouvi falar por isso que eu procuro fazer meus exames direitinho todo ano. Eu vejo contar, eu mesma não sei nada.”*

Nas respostas dadas localizamos dois pontos importantes a serem discutidos. O primeiro é a dissociação entre as informações recebidas sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama e a realização das práticas de prevenção e detecção precoce; o segundo é a dificuldade de acesso à rede básica de saúde para a realização dos exames preventivos (como a mamografia), dada a morosidade no atendimento e as longas filas de espera.

Assim sendo, a dissociação entre a consciência da necessidade da detecção precoce do câncer de mama e a sua prática efetiva, aliada à escassez da oferta de serviços de cobertura dos exames necessários pelos serviços de atendimento à mulher, levam a um problema importante no sistema de saúde, agravando o número de novos casos e de óbitos pelo câncer de mama.

De acordo com Rodrigues,

Existe uma unanimidade entre os idosos: a preocupação com os serviços de saúde, com todos os seus corolários: atendimento pelo SUS, longas filas nos ambulatorios, falta de medicamentos, falta de leitos nos hospitais. De fato, os recursos nessa área são mal aplicados, e pouca atenção se dá aos idosos como grupo com necessidades específicas. (2002: 108)

Esse fato foi observado nas entrevistas, através dos relatos de não realização de exames devido ao serviço público de saúde insuficiente para atender à demanda.

Outro item do roteiro de entrevista tratava do conhecimento da mulher sobre o câncer de mama.

A princípio, as respostas foram “vagas”. As mulheres ora desconheciam o assunto, ora se referiram ao mesmo como um “caroço no seio”. No entanto, citaram a necessidade de realizar exames para descobrir a doença. Essas características são observadas nas falas que se seguem.

MS: “Quando aparece um carocinho e a gente faz um exame, o auto-exame. É isso que eu sei”.

MCFF: “Eu já ouvi falar por isso que eu procuro fazer meus exames direitinho todo ano. Eu vejo contar, eu mesma não sei nada.”

ACS: “Meu marido morreu de câncer de próstata. Quando eu tava ainda na Bahia, um dia no banho, senti muita dor no seio. Fiquei ainda três meses lá, sentindo dor. Meus filhos me trouxeram para cá e me levaram no posto. Lá descobriu um caroço na mama, foi no começo do ano passado”.

RAS: “Câncer é esse caroço que cresce no peito da gente. É uma doença ruim.”

CMR: “Já ouvi falar sobre caroço, mas isso dá as vezes eu mesmo como é para a gente ficar palpando em casa. Isso daí eu mesma faço em casa. Nunca senti nada.

Nessas respostas percebemos a dificuldade de falar sobre o câncer de mama. As mulheres sabem que é uma doença que “leva à morte”, que é “perigosa” e que ocorre no “peito”; no entanto, não fazem a associação do câncer de mama com a necessidade de prevenção efetiva. Apenas uma das entrevistadas fez esta associação. É a única que mais frequenta os serviços de saúde.

A última pergunta relacionava-se ao auto-exame das mamas, ao exame clínico das mamas e à mamografia.

Das entrevistadas, duas mulheres responderam fazer periodicamente os exames, sendo que uma delas ficou 20 anos sem realizá-los. Outra entrevistada realiza apenas o auto-exame, pois não conseguiu agendar o exame de mamografia no ano de 2005. Sua última mamografia foi feita há 15 anos. As duas outras mulheres haviam feito o exame clínico das mamas e a mamografia há mais de cinco anos e, no momento da entrevista (Dezembro/2005), estavam com câncer de mama. Uma delas veio a falecer em 11 de janeiro de 2006, segundo informação obtida através de um de seus filhos. **ACS** tinha metástase nos pulmões, pâncreas, rins e ossos, vindo a óbito em consequência de falência múltipla dos órgãos.

De acordo com Rodrigues

O importante é a prevenção das doenças, a fim de que, mesmo aos 80 anos ou mais, as pessoas possam ter uma velhice mais tranqüila e saibam distinguir o que é patologia do que é próprio do processo de envelhecimento. (2002: 108)

O conhecimento do processo de envelhecimento faz com que as pessoas possam entender as características desta etapa da vida, o que contribui para uma melhoria na qualidade de vida.

Segundo Lowdermilk,

Além das necessidades habituais de cuidados de saúde humana, as mulheres apresentam características de saúde exclusivas e especiais relacionadas à sua capacidade reprodutiva. Devido a elas, muitas mulheres entram, inicialmente, no sistema de atenção à saúde graças a uma situação relacionada à reprodução, como gestação, menstruações irregulares, desejo de anticoncepção; ou doenças esporádicas, entre as quais são incluídas as infecções vaginais. Uma vez no sistema, no entanto, cabe aos profissionais de saúde reconhecer a necessidade de promoção de saúde e de manutenção preventiva, proporcionando tais serviços como parte do cuidado de toda a vida da mulher. (2002: 57)

O acesso da mulher aos serviços de saúde, desde o início de sua fase adulta, torna mais fácil a veiculação das informações sobre os cuidados de saúde e sobre as doenças específicas das diferentes fases da vida, visando o seu acompanhamento e a conseqüente prevenção dos cânceres ginecológicos, entre eles o de mama, através da detecção precoce.

Assim, torna-se necessária a formulação e a implementação de Políticas Públicas que assegurem a freqüência e a regularidade aos serviços de saúde.

O simples incentivo à participação da população feminina nos programas de detecção do câncer de mama, através das campanhas publicitárias, não garante

a adesão da mulher às políticas de prevenção preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Sabendo que a detecção precoce do câncer de mama melhora a sobrevivência da mulher e aumenta as possibilidades de cura, esta deve ser precocemente orientada quanto os exames e aos fatores de risco, de forma sistemática e abrangente.

Dessa forma, as campanhas devem ser acompanhadas de mecanismos que garantam a frequência das mulheres aos serviços de saúde e a incorporação dos conhecimentos sobre corpo, saúde, envelhecimento, não somente através dos meios de comunicação em massa (especialmente a televisão), mas de trabalhos realizados, por exemplo, nas escolas, nas associações de moradores e em outros momentos e situações que possam ser aproveitados para a transmissão das informações e dos conhecimentos existentes.

CONCLUSÕES

O resultado da análise dos dados permite não só apresentar fatos da relação entre a mulher envelhescente/idosa com seu corpo, como também os caminhos percorridos por ela na relação corpo, saúde e doença.

Foi possível observar as diversas formas de vivenciar o processo de saúde e doença das mulheres através dos cuidados corporais, como por exemplo, a detecção precoce do câncer de mama, através do auto-exame, do exame clínico das mamas e do exame de mamografia.

Durante a elaboração dos capítulos iniciais, acreditava que os procedimentos utilizados e preconizados pelo Ministério da Saúde para a detecção precoce do câncer de mama eram simples e de fácil acesso às mulheres em geral; acreditava, igualmente, que essas práticas, na condição de objeto de investimento da mídia, especialmente a televisiva, atingiam a maior parte deste segmento populacional e garantiam a transmissão do conhecimento para a mulher.

No entanto, os dados epidemiológicos mostram também que o câncer de mama é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil; mostram, também, que a faixa etária mais atingida é a das mulheres envelhescentes e idosas.

Esses dados foram claramente confirmados nesta pesquisa. Das entrevistadas, quatro declararam não realizar os exames preventivos ou, quando realizam, não o fazem na periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde. Mesmo entre as que desejam ou necessitam realizar os exames, o que pude observar foi a dificuldade de acesso aos serviços de saúde públicos.

Em contrapartida, todas as mulheres entrevistadas demonstraram algum conhecimento sobre a prevenção do câncer de mama, o que mostra uma discrepância entre o saber, mesmo que empírico, e a prática.

O número expressivo de casos e óbitos por câncer de mama em mulheres envelhecidas e idosas, apesar da divulgação e da efetividade da prática de prevenção da doença, é um dos mais sérios problemas de saúde no Brasil e no mundo; problema evidenciado nos gráficos apresentados nos capítulos iniciais.

Uma das possíveis explicações para este fato reside na constatação de que os paradigmas de saúde vigentes no Brasil não são suficientes para dar conta dos problemas neste campo. Os programas de assistência à saúde são sustentados por modelos que trabalham com as doenças, com seus determinantes biológicos e com as ações preventivas e curativas, sem entrelaçar as características específicas que determinam, efetivamente, as atitudes mais recorrentes em relação aos cuidados de saúde.

Para Veras,

... o Brasil possui um sistema de saúde desorganizado frente às necessidades deste segmento populacional, com baixa resolutividade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde do idoso agravados pela desinformação e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. (2002: 14)

Que fato desencadeia, então, a discrepância entre os modelos conceituais da prática de saúde e a realidade da saúde e da doença vivida pela população?

Uma consideração importante a ser feita é que as práticas de saúde do Sistema Único de Saúde são norteadas, como dissemos, por modelos que determinam os cuidados que o ser humano deve ter ao longo de sua vida a fim de evitar, diagnosticar e tratar as doenças. Esses programas não levam em consideração as características diferenciais da população, como gênero, condições sociais, escolaridade, entre outros.

Considerar as características dos segmentos populacionais é de fundamental importância para garantir a inclusão das práticas de cuidados à saúde como uma rotina, tornando-as, assim, eficientes.

Segundo Lowdermilk,

Durante as últimas várias décadas, as mulheres progrediram em educação, carreira, política e na participação geral na sociedade. Existem custos para esses avanços e, embora as mulheres estejam vivendo mais, isso não representa melhora nas condições de vida. Como resultado, o sistema de saúde precisa dispensar grande atenção às conseqüências para a saúde da mulher. Além disso, as mulheres necessitam ser participantes ativas de sua própria promoção de saúde e prevenção de doença. (2002: 71)

Concomitantemente, desconsidera-se o conjunto de valores, crenças e histórias de vida das pessoas. Com isso, a adesão e a prática efetiva dos programas de saúde ficam prejudicadas.

De acordo com Lowdermilk (2002, 18) *“as mulheres devem ser compreendidas holisticamente e no contexto social em que vivem”*.

Isto significa considerar que as necessidades físicas, mentais e sociais da mulher interagem entre si e têm influência sobre o processo saúde e doença.

No caso específico do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas, é nítido que esta parcela da população não realiza, na maioria das vezes, as práticas de detecção precoce, apesar de demonstrar algum conhecimento sobre o assunto.

Portanto, os programas de saúde, como o de detecção precoce do câncer de mama, que são baseados em informações sobre a doença e sua prevenção, podem ser ineficazes para produzir transformações no modo de agir das pessoas.

Educar simplesmente a população sobre saberes científicos, sem considerar as representações que o sujeito tem do que é saúde, doença e corpo, não significa necessariamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças, principalmente nos idosos.

Para Veras,

Os clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados

para os idosos sem que algumas significativas e importantes adaptações sejam realizadas. (2002: 18)

Tudo o que o sujeito pensa tem papel fundamental no que ele faz. Portanto, as representações que a mulher tem do corpo e das doenças deveriam ser melhor compreendidas para construir práticas de saúde mais eficientes.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde,

Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. (2005: 54)

Este programa (“Envelhecimento e Saúde”), da Organização Mundial de Saúde, ressalta ainda a importância de

- adotar abordagens baseadas na comunidade, ao enfatizar a comunidade como um cenário chave para as intervenções;
- respeitar os contextos e as influências culturais;
- reconhecer a importância das diferenças entre gêneros;
- fortalecer o vínculo entre as gerações;
- respeitar e entender as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar na velhice. (OPAS; 2005: 30)

Para Rodrigues,

Deveriam ser implementadas, em curto prazo, as políticas sociais e de saúde capazes de dar respostas às demandas dos próprios idosos, das suas famílias e das comunidades.

Há que se enviar todos os esforços para despertar a consciência de toda a sociedade e de nossos governantes a respeito da urgência de dotar nossas comunidades de recursos e serviços que lhes permitam lidar com o envelhecimento. (2002: 109),

Sabendo-se que a prevenção tem menores custos que os tratamentos e que ela melhora a qualidade de vida da população, as políticas de saúde deveriam atentar mais para este segmento da população, respeitando suas especificidades e peculiaridades.

Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem mais saudáveis e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, e poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento. (OPAS; 2005: 45)

Portanto, as Políticas Públicas de Saúde não devem apenas determinar as ações de controle das doenças através de programas; elas devem contemplar as características da população alvo, de modo a promover a saúde e contribuir para que as pessoas participem efetivamente de seu processo de saúde.

No caso específico da detecção precoce do câncer de mama em mulheres envelhecidas e idosas deve-se iniciar a formação de um conhecimento específico que objetiva a criação de um vínculo com os serviços de saúde. Esse vínculo deve ser trabalhado não apenas através da transmissão de conhecimentos, como também do diálogo e da reflexão, desde a adolescência, para que seja disseminado em todas as etapas seguintes da vida da mulher.

BIBLIOGRAFIA

1. Bibliografia Utilizada

ALMEIDA, V.L.V.; *Corpo e Significado*. Texto inédito, 2002, s/p.

BARROS, S.M.O. *Iniciação em metodologia da pesquisa para enfermeiros*. São Paulo: Frôntis Editorial, p.33-58, 1998.

BASSIT, A.Z.; Menopausa: uma passagem ao poder? Ou o início de um combate cultural? In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.965-971.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 516p.

BECKER, H. S.; *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Editora Hucitec; São Paulo. 1999.

BERGMANN, A. *Prevalência de linfedema subseqüente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xiv, 142 p.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 1990.

BIRMAN, J. *O futuro de todos nós. Temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 1999.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1987, p.31-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 1996.

BRASIL. IBGE – *Coordenação de População e Indicadores Sociais*, 2004. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br>. Capturado em 01/03/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jan. 1994.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em URL: <http://inca.gov.br>. Capturado em 08/06/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama*. 2005. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>. Capturado em 08/06/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência de Câncer no Brasil – Estimativa 2006*. 2005. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>. Capturado em 04/07/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Seade. *Distribuição dos óbitos de mulheres com 50 anos ou mais de idade por principais agrupamentos de causas de morte no Estado de São Paulo e Regiões Administrativas*. Triênio 1999-01. Disponível em URL: <http://www.seade.gov.br/spmulher>. Capturado em 17/09/2005.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – IBGE. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005, 172p.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – IBGE. *Síntese dos indicadores sociais 2004/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004, 369p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 1999.

BRITO, C. *Avaliação do Tratamento à Paciente com Câncer de Mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2004, 130 p.

COLLUCCI, C. *Erro na momografia põe resultado de exames em xeque*. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 16 de Janeiro de 2006. Caderno Cotidiano.

COLLUCCI, C. *Câncer de mama quintuplica entre jovens*. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 05 de Agosto de 2006. Caderno Cotidiano.

CAMARANO, A.M.; Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.58-71.

FORATTINI, O. P. *Epidemiologia Geral*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996, 210p.

GADELHA, M.I.P, MARTINS, R.G.; Neoplasias no idoso. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.712-717.

GOLDFARB, D.C.; *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.13-63, 1998.

GUIRRO, E.C.O.; GUIRRO, R.R.J. *Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos-recursos-patologias*. 3.ed. São Paulo: Manole, 2002.

JEKEL, J.F.; et al. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Art méd, 2002, 328p.

LOWDERMILK, D. L., PERRY,S.R., BOBAK, I.M.; *O cuidado em enfermagem materna*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002, 928p.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: “*Sociologia e Antropologia*” VI.02. São Paulo: EPU, 1974, p. 209 a 33.

MORIN,E. Epistemologia da Complexidade. In: *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. SCHNITMANN, D.F. (org.). Editora Artes Médicas, Porto Alegre (RGS). 1996.

MOLINA, L & et al. *Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mama*. Revista Associação Médica Brasileira, v.49, n.2, abril/junho 2003, p.185-190.

NETTO, M.P.; *O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.02-12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) / ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS): *Portaria MS nº 2.413/98, Internação domiciliar a pacientes crônicos. Portaria MS nº 2.414/98, Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-dia geriátrico. Portaria MS nº 2.416/98, Hospitalização de longa permanência. Resolução CE122, R9, 1998. Saúde das pessoas idosas*. 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo – Brasília: 2005. 60p.: i

PASCHOAL, S.M.P.; Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.79-84.

PY, L.; TREIN, F. Finitude e Infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.1013-1021.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.72-78.

RODRIGUES, J.C.; *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro:Achiamé, 1979, 173p.

SANT'ANNA, D.B. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 11-68.

SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. *Dicionário de enfermagem*. São Paulo: Difusão, 2002, p.276-279.

SITTA, M.C.; JACOB, W. Doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.474-477.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 9ª ed., 2002, p 142 - 257.

THULER, L.C. *Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino*. Revista Brasileira de Cancerologia, v.49, n.4, 2003, p. 227-238.

TIGRE, M. B. *Envelhecer...* Poeta, compositor, jornalista, nasceu 1882 em Recife, PE e faleceu em 1957 Rio de Janeiro, RJ.

VARGAS, H.S. *Psicologia do envelhecimento*. Série Vivências Médicas. São Paulo: Buk, 1983. p 34.

VERAS, R.P. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002, 190p.

5.1. Bibliografia Consultada

AGUILLAR, V.L.N, BUAB, S.P. *Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama*. Revista Brasileira de Mastologia, v.13, n.2, 2003, p 82-9.

AVELAR, J.T.C; SILVA, H.M.S. *Câncer de mama*. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BERGAMASCO, R. B., ANGELO, M. *O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher*. Revista Brasileira de Cancerologia, v.47, n.3, 2001, p.277-82.

BERLINK, M. *A envelhescência*. In: Boletim de novidades pulsional, ano IX, n.91, novembro-1996. Projeção da edição reeditada do documentário "Explorando a psicologia V, WOBH-TV Boston.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. *Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA*. Revista Brasileira de Cancerologia, v.49, n4, 2003, p.208.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2002. Revista Brasileira de Cancerologia, v.48, n.2, editorial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Regulamenta o Sistema Único de Saúde*, Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde – *Anuário Estatístico de Saúde do Brasil*, 2001. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br>. Capturado em 17/09/2004.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. *Reabilitação física no Câncer de mama*. 1ª. ed. São Paulo: Roca, 2000.

CINCIARULHO, T.I.; et al. *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

DUARTE, H.S. *Atendimento domiciliar*. São Paulo: Atheneu, 2000.

EISENBERG, A.L.^a; KOIFMAN, S. *Aspectos Gerais dos adenocarcinomas de mama, estadiamento e classificação histopatológica com descrição dos principais tipos*, Revista Brasileira de Cancerologia, v.46, n.1, p.63-77, 2000.

GEBRIM, L.H. & et al. *Aspectos clínicos e terapêuticos do carcinoma de mama em pacientes idosas: estudo de 72 casos*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.17, n.9, p.931-8, out – 1995.

HASKELL, C.M.E.; LOWITZ, B.B.; CASCIATO, D.A. *Manual de oncologia clínica*. 2.ed. São Paulo: Médica e Científica, 1994.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 2002. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.48, n.2, Editorial, 2002.

KLIGERMAN, J. Fundamento para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.48, n.1, Editorial, 2002.

MARQUES, V. Trajetórias das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso. In: NETTO, MP.; PONTE, J.R. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 373-81.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000.

MORIGUCHI, Y. Aspectos práticos e objetivos da medicina preventiva em geriatria. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.603-8.

SANT'ANNA, D.B. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001, p.65-70.

Anexo 1: Roteiro Norteador da Entrevista

I – Dados de Identificação:

Nome (fictício ou iniciais): _____

Idade: _____ anos (completos)

Raça: _____ (anotar, não perguntar)

Religião: _____

Número de filhos: _____ Estado Civil: _____

Grau de instrução: (indagar se freqüentou a escola e até que ano)

Analfabeto__ Primeiro Grau Incompleto __ Primeiro Grau Completo__

Segundo Grau Incompleto __ Segundo Grau Completo ____

Superior Incompleto __ Superior Completo ____

Renda mensal: _____ Situação ocupacional: _____

II – Roteiro para entrevista:

1. Fale-me um pouco de você (pergunta inicial relacionada ao que se denomina de “aquecimento”). Dia a dia. O que gosta de fazer.
2. O que é, para você, cuidar do corpo?
3. E cuidar da saúde, o que é?
4. Costuma passar por consultas periódicas com ginecologista? Faz os exames ginecológicos de rotina? Se sim, quais e de quanto em quanto tempo? Se não, por quê?
5. O que sabe do câncer de mama?
6. Costuma realizar o auto-exame das mamas, o exame clínico das mamas (apalpação pelo médico) e a mamografia? Se sim, de quanto em quanto tempo?
7. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa às respostas que deu?

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Título da pesquisa: “O câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas”.
2. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa, que visa um estudo da questão da prevenção do câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas.
3. A senhora participará de uma entrevista individual que seguirá um roteiro previamente determinado, elaborado pela pesquisadora, onde serão abordados os principais tópicos relativos ao assunto da pesquisa, que será anotada e gravada em fita cassete.
4. Após todas as entrevistas realizadas o material será analisado individualmente e em conjunto.
5. Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora é a enfermeira Lúcia Teixeira Lopes Ferraz, que pode ser encontrada no endereço: Rua Quinze de Novembro, 112, Apto 92, Suzano, SP, tel (011) 47421387.
6. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento deixar de participar do estudo.
7. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outras mulheres, não sendo divulgada a identificação de nenhuma entrevista.
8. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, e explicadas verbalmente, descrevendo a pesquisa “O câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas”.

Discuti com a enfermeira Lúcia Teixeira Lopes Ferraz sobre a minha decisão em participar nesta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de despesas. Concordo voluntariamente em participara desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Data: _____ / _____ / _____.

Assinatura da entrevistada